ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

Traçando Identidade e Explorando Fronteiras

Paulo César Alves
Miriam Cristina Rabelo
Organizadores

EDITORA FIOCRUZ

RELUME DUMARÁ

ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

TRAÇANDO IDENTIDADE E EXPLORANDO FRONTEIRAS

ANTROPOLOGIA DA SAÚDE

TRAÇANDO IDENTIDADE E EXPLORANDO FRONTEIRAS

PAULO CÉSAR ALVES E
MIRIAM CRISTINA RABELO
Organizadores

Rio de Janeiro
1998

DUMARÁ DISTRIBUIDORA DE PUBLICAÇÕES LTDA.
Rua Barata Ribeiro, 17/Sala 202
22011-000 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (021) 542-0248 Fax: (021) 275-0294

EDITORA FIOCRUZ
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 – Térreo – Manguinhos
21041-210 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (021) 590 3789 Ramal 2009 Fax: (021) 280 8194

Editoração
Dilmo Milheiros

Capa
Simone Villas Boas

Catalogação na fonte
Centro de Informação Científica e Tecnológica
Biblioteca Lincoln de Freitas Filho

A474a Alves, Paulo César (org.)
Antropologia da saúde: traçando identidade e explorando fronteiras/organizado por Paulo César Alves e Miriam Cristina Rabelo. – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz/ Editora Relume Dumará, 1998.
248p.

1. Antropologia. 2. Processo saúde-doença. I. Rabelo, Miriam Cristina.

CDD - 20ª ed. - 301

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

Paulo César Alves
Miriam Cristina Rabelo

A presente coletânea visa definir, problematizar e explorar o potencial da abordagem antropológica às questões relativas a saúde e doença. Na grande maioria dos capítulos esse objetivo é logrado através de uma discussão das relações da antropologia médica (ou da saúde) com disciplinas fronteiriças no campo da saúde, mais especificamente com a epidemiologia, a psiquiatria e a psicologia. Ao abordar a forma como a antropologia interage, questiona, critica e/ou complementa estas disciplinas, os autores de fato iluminam a especificidade do olhar antropológico sobre a saúde/doença.

Embora todos os artigos busquem esclarecer e delimitar o campo de atuação da antropologia médica, não comungam de uma visão única e fechada acerca das características internas e fronteiras desse campo. Tampouco há entre os autores uma concordância sobre o modo ideal de se construir as relações da antropologia médica com outros campos do saber, ou mesmo sobre a possibilidade de uma real interdisciplinaridade, dadas as diferenças na definição dos objetos e métodos. Assim, antes que defrontar-se com uma única tese defendida segundo diferentes e novos argumentos em cada um dos capítulos, o leitor terá a sua frente a possibilidade de confrontar distintas visões sobre o papel e potencial da antropologia médica nos estudos sobre a saúde. Nenhum dos artigos se contenta com o simples estabelecimento de dicotomias que distinguem a antropologia das outras disciplinas (do tipo: abordagem qualitativa x abordagem quantitativa; doença como realidade sócio-cultural x doença como fato biológico; relativismo x universalismo). Ao examinar criticamente o tema, tomam duas direções básicas. Alguns buscam desconstruir as dicotomias correntes (o que não significa que discordem delas) rumo aos seus fundamentos metateóricos. Outros apresentam uma visão complexa do campo a partir da discussão de trabalhos empíricos, etnográficos.

A falta de uma concordância sobre o modo ideal de construir as relações da antropologia médica com outras disciplinas não significa, em si mesmo, que esta ainda carece de cientificidade. A imagem de cientificidade de um determinado campo do saber emerge progressivamente da demarcação frente e diálogo com

outros campos; daí a importância de se empreender uma reflexão continuada acerca das relações que uma determinada disciplina mantém com outras áreas afins. Como tem reconhecido a epistemologia contemporânea, uma ciência não se constrói simplesmente através de uma progressão *a priori*, obedecendo a um certo critério interno de orientação. Em qualquer ciência, principalmente aquelas relacionadas com os fenômenos sócio-culturais, um processo de autocontrole atua simultaneamente com processos de invenção de critérios, a partir dos quais novos caminho do fazer científico estão continuamente sendo formulados. A construção de uma ciência é sempre dinâmica pois no seu processo histórico particular conta justamente com a possibilidade da diversificação, na co-adaptação progressiva de diferentes métodos e objetos de investigação.

O que os artigos parecem revelar de essencial é o constante processo de delimitação de uma ciência que no Brasil, de uma maneira geral, está ainda em um contexto de afirmação. A antropologia médica é uma disciplina relativamente recente no nosso contexto acadêmico. Em linhas gerais seu desenvolvimento tem sido marcado tanto pela discussão das fronteiras (e pontos de comunicação) frente as disciplinas da área de saúde, quanto pelo estabelecimento de semelhanças e dissemelhanças no diálogo entre as influências advindas de matrizes antropológicos delimitados pelos principais centros internacionais de ensino e pesquisa e aquelas advindas da "tradição" teórico-metodológica dos estudos socio-culturais pré-existentes no Brasil. Nesse processo, é que vem a se constituir o que, parafraseando Cardoso de Oliveira, poderíamos chamar de um estilo de antropologia médica no Brasil.

A presente coletânea está dividida em duas partes. A primeira, de cunho mais teórico, corresponde aos seis primeiros capítulos e a segunda parte trata de estudos etnográficos. Em ambas, há participação de pesquisadores estrangeiros que, com exceção de dois deles, analisam aspectos da realidade brasileira.

A coletânea abre com o trabalho de Alves e Rabelo (Núcleo de Estudos em Ciências Sociais e Saúde – ECSAS – da Universidade Federal da Bahia). Nesse capítulo é analisado brevemente o processo de formação das ciências sociais em saúde no Brasil, o lugar que ocupam no cenário acadêmico e as questões teórico-metodológicas com que se defrontam os trabalhos mais recentes. Em seguida, o texto de Minayo (capítulo 2) apresenta alguns desafios, caminhos de possibilidades e rumos tomados pela antropologia da saúde no Brasil. Utilizando-se do conceito de campo de Bourdieu, de creditação científica de Latour e de prática transepistêmica e transcientífica de Knorr-Cetina, a autora (Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz) analisa basicamente duas questões: a existência de uma certa dependência "adolescente" ou colonialista nas fontes bibliográficas em um campo de conhecimento "nativo" que apresenta um crescente desenvolvimento dentro da nossa realidade e a aleatoriedade dos temas investigados por essa disciplina. Como conclusão, Minayo expõe seis itens que

considera relevantes para o desenvolvimento da antropologia médica ou da saúde no Brasil.

Gil Sevalho e Luís David Castiel (Escola Nacional de Saúde Pública), no terceiro capítulo, colocam em pauta questão central, subjacente a esta coletânea: o diálogo, crítica, encontros e desencontros entre a antropologia médica e outras disciplinas do campo da saúde pode, de fato, conduzir, a uma abordagem verdadeiramente interdisciplinar? Para abordar o tema da interdisciplinaridade possível entre a antropologia médica e a epidemiologia, os autores empreendem uma reflexão instigante que, como os capítulos anteriores, parte da história; isso é, do processo de constituição dessas disciplinas e de suas relações. Diferente dos trabalhos de Alves/Rabelo e Minayo, entretanto, o *locus* principal da discussão é a epidemiologia: a partir de uma análise do objeto e objetivos da investigação epidemiológica os autores examinam as possibilidades e dificuldades do diálogo com a antropologia.

Eduardo Menéndez (CIESAS – México) prossegue no exame das relações entre epidemiologia e antropologia médica (capítulo 4) a partir de um enfoque crítico. Adota o ponto de vista de que qualquer discussão a respeito das convergências e divergências entre estas disciplinas exige um trabalho de identificação e desconstrução dos principais conceitos com que elas operam; trabalho que permita trazer a tona sua história e vinculação com tradições teóricas específicas. Ao empreender tal análise, Menéndez mostra como vários dos conceitos usados na epidemiologia tem uma raiz – ignorada ou neglicenciada – nas ciências sociais. A incorporação de uma discussão acerca das dimensões social e cultural dos fenômenos de saúde e doença pela epidemiologia, argumenta o autor, descreve um processo em que conceitos e métodos são isolados dos corpos teóricos em que foram originalmente formulados e, assim empobrecidos, recompostos em abordagens que tendem a reduzir essas dimensões a uma soma de fatores isolados e mensuráveis. Para o autor não se trata apenas de uma desconhecimento da teoria antropológica por parte dos epidemiologistas, sem maiores conseqüências, mas de uma lacuna teórica que tem implicações na qualidade dos resultados das pesquisas epidemiológicas e no seu potencial para orientar práticas/políticas de saúde.

As relações entre antropologia e epidemiologia são tema também do artigo de Mabel Grimberg (Universidade de Buenos Aires) no capítulo 5. Partindo da identificação dos principais aspectos que diferenciam e separam essas duas abordagens, observa que de ambos os lados opera uma tendência a reificação, que certamente dificulta qualquer possibilidade de diálogo. A epidemiologia opera com de uma visão naturalizada dos processos de saúde e doença que justifica tratar as coletividades que vivenciam tais processos como meros agregados sociais, caracterizados pela soma de aspectos/fatores sociais e culturais. A antropologia, por sua vez, com sua forte ênfase na construção cultural da saúde/doença –

nos símbolos e ideologias que entram em tais construções – termina por negligenciar a dimensão propriamente material ou física do sofrimento. Grimberg conclui sua análise apresentando alguns pontos que considera necessários para a superação de visões reificadas e simplistas no estudo das experiências, práticas e processos de saúde e doença.

O último texto da primeira parte da coletânea (capítulo 6) é de Alves e Rabelo (ECSAS – Universidade Federal da Bahia). Nesse artigo, os autores analisam algumas questões teóricas e metodológicas relacionadas ao estudo das "representações e práticas" em saúde, objeto privilegiado da antropologia. Embora não abordem diretamente a relação da antropologia da saúde com outras disciplinas, os autores discutem a especificidade do olhar antropológico, apresentando os desafios que os estudiosos enfrentam ao trazer algumas questões centrais da antropologia contemporâneas para a investigação dos fenômenos da saúde e doença.

A segunda parte da coletânea inicia com o trabalho do italiano Andrea Caprara (Universidade de Torino e ex-professor visitante do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia). Nesse capítulo já não é mais tematizada a epidemiologia, senão a própria biomedicina. Caprara parte do conceito de "médico ferido" proposto por Gadamer para empreender uma reflexão crítica da biomedicina a luz do olhar antropológico. Ao invés de deter-se em uma exposição dos pressupostos norteadores da prática médica ocidental, o autor elucida as limitações a ela inerentes a partir do contraponto oferecido pela abordagem do candomblé a doença e cura. O autor dedica-se a uma rica descrição etnográfica do papel de Omulu, divindade do candomblé, no diagnóstico e tratamento da doença. No texto, a etnografia revela o potencial da antropologia médica em promover o conhecimento crítico do próximo a partir do exame do outro; ao descrever as concepções e práticas de doença e cura reunidas em torno de Omulu, Caprara põe a vista a ausência de um fundamento humanista na biomedicina. Nessa perspectiva, a discussão é fortemente inspirada na tradição hermenêutica que na antropologia médica conta com representantes de peso como Good, Kleinman e Bibeau.

Daniela Knauth (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), no capítulo 8, explora o potencial crítico da antropologia médica, ao apresentar o ponto de vista de instituições ou sujeitos usualmente negligenciados e desconhecidos das disciplinas que estudam e tratam da saúde e doença. A partir de uma perspectiva antropológica, Knauth lança um olhar crítico a psicologia, questionando a suposta universalidade de seus conceitos e abordagens terapêuticas. No seu trabalho evidencia-se tanto o papel relativizador da antropologia no encontro com outras disciplinas, como a forma por excelência em que este papel é exercido: a etnografia. Ao apresentar a visão que mulheres de classe trabalhadora de Porto Alegre, diagnosticadas soro-positivas, têm acerca do tratamento psicológico a que se sub-

meteram devido a doença e dos conceitos básicos com que trabalham os terapeutas, a autora põe a vista limitações sérias da psicologia para cuidar do sofrimento dessa camada social. Em sua discussão mostra como as categorias de depressão, morte e AIDS, que norteiam a abordagem dos psicólogos, estão associadas no imaginário das mulheres estudadas a um conjunto bem distinto de representações e práticas.

O texto seguinte (capítulo 9) é escrito por Mark Cravalho (Universidade da California, San Diego). Como Knauth, trata-se do diálogo da antropologia médica com a psicologia. Contudo, o seu objetivo não é empreender uma crítica a esta última a partir do enfoque antropológico, senão de explorar o potencial analítico advindo do encontro dessas duas disciplinas, que hoje configura a chamada antropologia psicológica. A discussão de Cravalho está centrada no conceito de mecanismo de defesa constituído culturalmente (MDCC), desenvolvido pelo antropólogo americano Melford Spiro na década de 60. Cravalho utiliza o conceito de MDCC para interpretar a história de *Seu* Mauro, habitante de uma pequena vila no interior do Pará que fora afligido por espíritos ou guias durante toda sua vida. Em sua análise do caso de Mauro procura mostrar como uma abordagem forjada na interseção entre a antropologia e a psicologia permite lançar luz sobre a questão central das motivações que conduzem os indivíduos a aderir diferencialmente aos modelos culturais

Em seu capítulo, Maria Gabriela Hita (ECSAS, Universidade Federal da Bahia) estabelece um diálogo tanto com a epidemiologia quanto com a psiquiatria no que toca ao estudo de questões relativas a saúde mental feminina. Para superar algumas das limitações inerentes a abordagem epidemiológica de fatores de risco – que, como o termo indica, reduz processos e contextos sociais complexos a unidades isoláveis ou fatores (crítica também presente nas discussões de Menéndez e Grimberg) – Hita trabalha com a idéia de experiências e processos de fragilização a saúde mental feminina. Retomando a discussão travada por psiquiatras e sociólogos sobre a associação entre gênero feminino e certas doenças mentais, frisa a importância de se empreender análises mais finas, que levem em consideração diferentes dimensões ao interior do que se caracteriza como a experiência feminina, particularmente no que diz respeito a classe e a cultura. Para ressaltar o potencial da abordagem proposta, Hita apresenta dados de pesquisa realizada entre mulheres de classe trabalhadora de Salvador, que se identificam a partir da categoria êmica de nervoso.

O capítulo 11, de Cecilia McCallum (London School of Economics), é um estudo sobre a concepção de doença e cura entre os Kaxinawá. A autora defende a tese de que essa concepção só pode ser compreendida quando se leva em devida consideração a interdependência entre saber e corpo no pensamento e prática dos Kaxinawá. Mediante uma cuidadosa análise etnográfica, McCallum observa que as tradicionais dicotomias ocidentais, muitas delas presentes nos estudos

biomédicos e antropológicos, entre natureza/cultura, mente/matéria, matéria/espírito, corpo biológico/pessoa social devem ser desconstruídas e repensadas a fim de que se possa melhor entender as questões relativas ao corpo, a saúde e a medicina.

Acreditamos que os textos se seguem oferecem um panorama amplo e variado da antropologia médica, seja refletindo sobre a especificidade de sua abordagem no confronto com outras disciplinas, seja explorando os caminhos e questões abertos por essa abordagem na pesquisa empírica. Os autores da coletânea, entretanto, não dialogam apenas com representantes de outros campos do saber, mais ou menos próximos a antropologia médica. Há também um diálogo interno entre eles, entre os diferentes modos como pensam a antropologia médica e pretendem colocá-la em prática. Esse diálogo, bastante ilustrativo da vitalidade da antropologia médica, cabe ao leitor reconstituir.

O STATUS ATUAL DAS CIÊNCIAS SOCIAIS EM SAÚDE NO BRASIL: TENDÊNCIAS

Paulo César Alves
Miriam Cristina Rabelo

INTRODUÇÃO

O presente capítulo objetiva tecer algumas considerações sobre a produção brasileira relacionada às ciências sociais em saúde. Mais especificamente, pretende desenvolver dois pontos: traçar um rápido perfil do profissional que trabalha nesse campo de conhecimento e apresentar uma tendência teórico-metodológica que parece caracterizar os estudos mais recentes nessa área. Quanto ao segundo ponto, não procuramos fazer uma revisão bibliográfica mas apenas identificar que tipo de transformação interpretativa vem se desenvolvendo na atual década. Acreditamos que o delineamento dessas duas questões é de fundamental importância para que possamos compreender o *status* atual das ciências sociais em saúde no Brasil.

SITUAÇÃO

O explosivo interesse dos cientistas sociais pelas questões relativas à saúde é um fato digno de observação. Trata-se de um fenômeno que não pode ser simplesmente considerado como efeito de uma moda intelectual. A análise globalizante da literatura específica sobre as ciências sociais em saúde é sempre importante e, ao longo do tempo, tem sido conduzida por diversos teóricos da área (ver, por exemplo, Apple, 1960; Fabrega, 1971; Colson and Selby, 1974; Foster and Anderson, 1978; Landy, 1983; Nunes, 1985; Marsella, 1989). Contudo, devido a imensa proliferação de trabalhos nessa área, torna-se cada vez mais inviável qualquer revisão bibliográfica que pretenda ser exaustiva. Estamos atualmente bastante longe do tempo em que Strauss (1956) conseguiu identificar apenas 144 cientistas sociais nos Estados Unidos que trabalhavam nesse campo. Milhares de profissionais, espalhados nas diversas instituições acadêmicas e serviços públicos, escrevem livros e publicam artigos em revistas especializadas que direta ou indiretamente são relevantes para as ciências sociais em saúde.

Uma revisão bibliográfica dessa produção é ainda mais problemática se levarmos em consideração que o conjunto de indivíduos intitulados como sociólogos ou antropólogos da saúde constitui na realidade uma comunidade altamente heterogênea, cujos membros, com formação diversificada, estão engajados em uma miríade de atividades, desenvolvem continuamente novos objetos de estudos e exploram as mais diferentes abordagens teórico-metodológicas nos seus trabalhos.

Reconhecer a heterogeneidade desses cientistas, entretanto, não significa afirmar que as ciências sociais em saúde não possuam um núcleo epistêmico específico. Como todo saber científico, esse núcleo revela-se de maneira processual, progressiva. Trata-se, contudo, de um campo epistemológico que ainda não está devidamente claro e consensualmente delimitado de tal forma que possa ser configurado dentro de um espaço estabelecido por uma única ciência. Os trabalhos desenvolvidos nessa área apresentam não só uma pluralidade de objetos de investigação como também orientações teórico-metodológicas pluri ou transdisciplinares. Esse fenômeno parece ser natural pois a saúde, enquanto um fato bio-psico-social, requer cada vez mais a contribuição de diversas ciências. Como observa Minayo (1991), a própria polissemia do termo saúde escapa do objeto de qualquer disciplina. Assim, é de se esperar que a transdisciplinaridade ou interdisciplinaridade – ou "*conexões interdisciplinares*", conforme o dizer de Japiassu (1976) – se constitua em um projeto e, ao mesmo tempo, um grande desafio para as ciências sociais em saúde (Spink, 1992; Nunes, 1995).

A produção brasileira sobre as questões sociais da saúde revela de forma bastante profusa essa heterogeneidade, tanto ao nível do pesquisador quanto ao objeto de estudo. Trata-se, antes de mais nada, de uma literatura que tem crescido significativamente (Teixeira, 1985; Queiroz e Canesqui, 1986; Nunes, 1992; Canesqui, 1995). Esse fato torna-se ainda mais saliente quando se observa que essa produção é recente, iniciada de forma sistemática nos anos 70. É claro que antes desse período tivemos alguns trabalhos relacionados com a problemática sócio-cultural da saúde[1]. Contudo, somente nos fins da década de 60 e princípios de 70 é que passamos a ter uma massa crítica de profissionais acadêmicos interessados pelas relações dinâmicas entre a nossa sociedade e as questões de saúde. É interessante observar que coube aos cursos de pós-graduação, localizados principalmente nos departamentos e institutos de saúde pública/coletiva, medicina social e preventiva, grande parte dessa produção[2]. Foram essas instituições que preservaram, de certa forma, a tradição do pensamento sanitarista brasileiro em privilegiar a explicação social do fenômeno médico.

Apesar da heterogeneidade e dinamismo da produção brasileira nessa área, é possível indicar algumas características marcantes na maioria desses trabalhos. Para compreendermos tais características devemos levar em consideração o próprio processo de formação dos primeiros pesquisadores que tramitaram no campo sócio-cultural da saúde. Em linhas gerais, um fato a ser observado é que,

conforme mencionamos acima, esses primeiros pesquisadores, com exceções, não possuíam formação sistemática na área das ciências sociais[3]. Eram fundamentalmente profissionais da saúde e acadêmicos que se utilizavam (ou improvisavam) de algumas categorias da sociologia e, em menor escala, da antropologia. Embora a tradição sanitarista brasileira tenha ao longo da sua história demonstrado uma sensibilidade às questões sociais, as instituições de ensino/pesquisa relacionadas à saúde coletiva empregavam poucos cientistas sociais, ministravam poucas disciplinas na área (com cargas horárias restritas) e a aceitação do referencial teórico-metodológico dessas ciências resumia-se a um papel simplesmente complementar às ciências biológicas.

Estas características só começaram a sofrer algumas modificações na década de 80. Quando a Abrasco promoveu em 1982 a Primeira Reunião sobre Ensino e Pesquisa em Ciências Sociais na área de Saúde Coletiva, Marsiglia & Rossi (1983) constataram, com base em questionário aplicado junto a 50 informantes, que a metade dos docentes da área de ciências sociais envolvidos na pós-graduação em Saúde Coletiva tinha graduação específica em ciências sociais, sociologia ou política. Esse fato torna-se mais evidente na década de 1990. Embora ainda se verifique uma certa improvisação e heterogeneidade na composição dos pesquisadores da área, tem crescido o contingente de docentes/pesquisadores com formação mais sistematizada em ciências sociais. Conforme uma pequena pesquisa realizada pela Abrasco durante o Primeiro Congresso Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde (Curitiba, 1995), sob a responsabilidade de Paulo César Alves, dos 137 respondentes, professores e pesquisadores atuantes no campo das ciências sociais em saúde, 89 (65%) obtiveram diploma em ciências sociais, sociologia, antropologia ou política e apenas 9 (5,6%) tinham formação na área biomédica (medicina, enfermagem, terapia ocupacional, farmácia/bioquímica). A nível de pós-graduação, dos 124 respondentes, 56 (45,2%) e 53 (42,7%) possuíam respectivamente mestrado e doutorado, sendo que 59 (55%) de 107 informantes realizaram pós-graduação em ciências sociais e 24,3% em Saúde Pública. Apenas um contingente reduzido possui apenas cursos de especialização (8,9%).

Uma parte significativa desses professores/pesquisadores atuam a pouco tempo na área. Conforme o catálogo de cientistas sociais em saúde iniciado pela Abrasco[4] por ocasião do I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde (Belo Horizonte, 1993), de um total de 158 profissionais dedicados a esse campo de atividades, apenas um reduzido contingente deles (3,7%) tinham mais de 25 anos de trabalho na área e 40 (25,3%) de 10 a 24 anos (Abrasco, 1995). Esse fato pode também ser observado no trabalho de pesquisa realizado no Primeiro Congresso (Curitiba, 1995): 23,5% dos profissionais tinham menos de 5 anos de atividade e 32,3% entre 5 a 9 anos.

É interessante também registrar que atualmente esses cientistas não se encontram apenas nos institutos e departamentos de medicina social, saúde pública

ou coletiva. De acordo com a enquete realizada no Primeiro Congresso, do total de respondentes que têm alguma formação em ciências sociais, sociologia, antropologia ou política (graduação ou pós-graduação), 32,4% deles estão alocados em outras instituições de pesquisa, principalmente nos programas de pós-graduação na área das ciências sociais, cabendo destacar aqueles existentes no Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Bahia. Por último, é importante ressaltar que está havendo nas faculdades (médicas ou não) uma expansão do número de disciplinas que tratam das ciências sociais em saúde. Conforme Marsiglia e Abate (1994), nas pós-graduações da área de saúde essas disciplinas têm entre 36 e 144 horas, com maior freqüência de 48 e 90 horas.

Conforme já observado, a proliferação de acadêmicos interessados na área das ciências sociais em saúde foi em grande parte resultado dos trabalhos produzidos nos cursos de pós-graduação desenvolvidos nos departamentos e institutos de Medicina Social ou Epidemiologia. Nessas instituições, a sociologia foi a principal disciplina do social que se impôs nas investigações sobre o fenômeno saúde/doença. Contudo, os estudos sociológicos da doença e da medicina foram fortemente influenciados pelos modelos metodológicos da epidemiologia (que no Brasil teve um desenvolvimento bastante frutífero e dinâmico), pelas análises discursivas do positivismo e pelas relevantes preocupações econômicas, políticas e ideológicas quanto aos processos sociais relacionados a assistência à saúde. Assim, uma orientação estritamente quantitativa e economicista incidia na leitura sobre pontos cruciais da situação sanitária brasileira.

As ciências sociais produzidas nessas instituições de ensino e pesquisa estavam direcionadas para uma análise macro-sociológica que acentuava os aspectos estruturais na explicação dos fenômenos humanos. Nesse cenário, a abordagem do materialismo histórico através do viés estrutural funcionalista ou histórico-estrutural – do qual Althusser e Poulantzas são figuras emblemáticas – serviram de parâmetro interpretativo. Desnecessário é lembrar a importância dos trabalhos de Arouca (1975), Ribeiro da Silva (1976), Donnangelo (1979) e da influência dos latino-americanos Juan César García (1983), Laurell (1978) e Breilh (1979) nas dissertações, teses e relatórios de pesquisas produzidos nessas instituições.

A predominância da análise estrutural marxista no mundo acadêmico da sociologia brasileira é assunto que por si só merece consideração mais detalhada e não cabe nos limites do presente trabalho desenvolver essa discussão. Cabe notar apenas que foi através do enfoque histórico-estrutural marxista que alguns cientistas sociais brasileiros se projetaram internacionalmente. A teoria do desenvolvimento dependente, tal qual elaborada pelos latino-americanos, em grande parte serviu de êmulo para tal projeção. Já nos idos dos anos 80, a perspectiva estrutural de análise social desenvolvida nos departamentos e institutos de saúde coletiva não se restringiu somente à abordagem marxista. O pós-estruturalismo, representado principalmente pela figura de Foucault, passou a exercer um peso signi-

ficativo, como demonstram, por exemplo, os trabalhos de Machado et al. (1978) e Luz (1988). Somente na década de 90 é que outras modalidades de processos discursivos e quadros de referência de pesquisas, inspirados por pressupostos metateóricos diferenciados, passam a encontrar um espaço de maior legitimação entre os estudiosos da questão da saúde. Assim, a atual década parece indicar que os pesquisadores não apenas têm formulado novos objetos de investigação como também têm procurado desenvolver outros enfoques teórico-metodológicos que diferem substancialmente de uma perspectiva estrutural de análise.

O caminho traçado pelos cientistas sociais brasileiros interessados no campo da saúde seguiu, portanto, uma linha de desenvolvimento que em alguns pontos se diferencia da história da teoria social contemporânea, principalmente aquela verificada no mundo anglo-saxônico, como a dos EUA. Enquanto no Brasil a perspectiva estrutural desempenhava um papel paradigmático implícito nos trabalhos relacionados à questão da saúde, nos países anglo-saxônicos as grandes instituições de ensino e pesquisa desenvolviam questionamentos e discussões exaustivas sobre tal perspectiva.

Esse fenômeno deve-se em grande parte a emersão de um conjunto de teorias que fizeram frente a "crise" vivenciada pelo funcionalismo na década de 60[5]. Contudo, nenhumas dessas teorias assumiu um *status* paradigmático tal qual representado pela Escola de Chicago na década de 20 ou pelo funcionalismo dos anos 50. Nesse aspecto, as posições críticas ao funcionalismo não resultaram exatamente em uma mera substituição de paradigmas interpretativos mas despertaram, pelo contrário, o aparecimento de uma gama de quadros de referência fornecidos pela inspiração e problemática provenientes das contribuições teorético-práticas de diversas concepções do social, como o interacionismo simbólico, a fenomenologia, a teoria da troca, da escolha racional, o marxismo (Ritzer, 1990). As diferentes linguagens científicas levaram, portanto, os pesquisadores a uma procura de sínteses entre as grandes perspectivas, a uma busca de outros fundamentos metateóricos para os seus trabalhos, despertando assim uma nova atmosfera intelectual. Não seria ousado afirmar que, de uma maneira geral, as propostas de síntese estão se convertendo, nesse final de milênio, no tema central das ciências sociais. Assim, o retorno aos clássicos, o repudio ao dogmatismo e o desmantelamento de velhos e reificados rótulos teóricos constituem marcas registradas do pensamento científico contemporâneo.

No Brasil é nos anos 90 que os estudos sociológicos e antropológicos em saúde tendem a acompanhar, ainda que de forma acanhada, os desdobramentos e as inquietações metateóricas do pensamento científico contemporâneo. A perspectiva estrutural, tomada como o único recorte científico do real, parece cada vez mais apresentar estagnações e distorções inevitáveis para dar conta de uma sociedade complexa como a brasileira. O que estamos vivenciando nos últimos anos não é meramente uma substituição de paradigmas mas revisões, apropria-

ções de novas interpretações e conceitualizações. Nesse aspecto, os pesquisadores dedicados a temática saúde/doença, principalmente aqueles com formação específica em ciências sociais, enfrentam crescentes desafios pois as novas formulações sistemáticas dos objetos científicos exigem, por parte do investigador, um diálogo atento e permanente com o campo teórico-metodológico consolidado nesses últimos trinta anos. Nesse processo de revisão crítica-dialógica do passado intelectual, os pesquisadores devem estar solidamente preparados nos caminhos (e descaminhos) da teoria social. Faz-se necessário entre os cientistas sociais trabalhando na área da saúde uma clara consciência do alcance e limites tanto dos "antigos" quanto dos "novos" paradigmas. Enfim, como cada vez mais se reconhece, é somente pela consideração dos aspectos internos de uma metateoria que será possível a construção segura de novos modelos interpretativos que possam explicar as mudanças ocorridas no processo saúde-doença e a diversidade (e particularidade) das práticas sociais nesse campo.

TENDÊNCIAS

Ao discutirmos brevemente no item anterior a formação e desenvolvimento do campo social da saúde no Brasil, observamos que as concepções histórico-estutural ou funcional-estruturalista e (pós) estruturalista constituíram até o final da década passada os grandes paradigmas implícitos de análise. Levantamos a tese de que esse quadro começa a se reverter na atual década. A tendência de transformação verificada é substancial em vários aspectos pois não representa apenas uma simples mudança de quadro de referência teórica mas de perspectiva analítica (metateórica). Nesse aspecto, até os inícios dos anos 90, a inspiração e problemáticas provenientes das contribuições de autores como Althusser ou Foucault, para citarmos apenas dois exemplos, não significaram necessariamente mudanças metateóricas na interpretação dos fenômenos humanos; apenas indicaram diferentes formulações conceituais ou processos discursivos[6]. Na década de 90, esse tipo de referencial é mantido mas, devido a concretização e legitimação de um conjunto de "novas" (ou revitalizadas) abordagens sobre o social[7] baseadas em outros pressupostos e princípios metateóricos, têm surgido novas propostas de sínteses teórico-metodológicas por parte dos nossos pesquisadores. Pode-se observar esse fato na utilização cada vez mais constante de autores como Schutz, Goffman, Garfinkel, Berger ou mais recentes, como Habermas, Bourdieu, Giddens e outros. Um aspecto significativo desse processo é que já não existe uma teoria que possa ser considerada como propriamente paradigmática nos estudos sociais sobre a saúde/doença. Assim, como é de se esperar, as (re)formulações e/ou sínteses teórico-metodológicas que vem sendo propostas nos últimos anos têm exigido, por parte do pesquisador, um constante diálogo crítico com um campo conceitual já consolidado. Nesse diálogo, as teorias "tradicionais" estão sendo

reavaliadas, submetidas, em maior ou menor grau, a uma crítica interna de tal forma que possam incorporar outras correntes do pensamento social.

Esse fenômeno reflete uma tendência – um tanto universal – de se buscar em outras concepções teóricas, notadamente às compreensivas, um campo de diálogo mais estreito entre as diversas concepções do social. Não é, portanto, um fato peculiar dos estudos sócio-antropológicos em saúde. Nos últimos anos há um forte movimento da teoria social em estabelecer uma integração ou síntese(s) de diferentes abordagens conceituais (ver Alexander, 1987; Collins, 1981; Knorr-Cetina & Cicourel, 1981; Ritzer, 1990). Contudo, nos estudos brasileiros sobre saúde, o desenvolvimento dessa tendência ainda está em uma fase preliminar uma vez que, quando procuram uma integração entre diferentes perspectivas e abordagens, os trabalhos produzidos nesse campo o fazem como se estivessem lidando com pólos teóricos opostos, dicotômicos, que devem ser conciliados. Síntese, é importante lembrar, não significa somatório e tampouco ecletismo mas fusão de proposições e processos lógicos de articulações mediante a introdução de um ponto de vista específico, apriorístico. Para se atingir esse objetivo, é necessário que os pesquisadores retornem constantemente aos próprios fundamentos metateóricos das suas premissas e não apenas à um mero arranjo entre diferentes abordagens. Essa tarefa não é algo simples pois qualquer tentativa de síntese deve ser sempre precedida por uma análise.

Assim, para melhor explicitar a nossa tese – o processo de transformação teórico-metodológica que ocorre atualmente nos estudos sobre a saúde/doença – torna-se necessário precisar a própria natureza dessa transformação. Para tal, partimos do princípio que os fundamentos e pressupostos implícitos das pesquisas em ciências sociais e saúde podem ser dividido em grandes perspectivas interpretativas. Utilizamos o termo perspectiva interpretativa como uma espécie de matriz do conhecimento, que embora não tome a forma de regras explicitas e não seja verificada à luz da experiência, condiciona ou orienta um determinado corpo teórico em sua totalidade pela sugestão de problemas-tipos e soluções. A perspectiva se constitui em um "tipo-ideal" do conhecimento que enfatiza determinados aspectos da realidade humana e faz emergir um conjunto de idéias e hipóteses que servem de guia para as distintas abordagens teóricas e epistemológicas sobre os fenômenos sócio-culturais. Uma vez que uma perspectiva constitui um "tipo-ideal", não é representada integralmente por nenhuma teoria.

Uma das principais problemáticas teóricas das ciências sociais diz respeito à questão da mediação entre o agente social e a sociedade, entre o indivíduo e as estruturas sociais, entre subjetividade e objetividade. Tomando-se em consideração essa problemática, é possível dividir as teorias sociais em duas grandes perspectivas interpretativas. A primeira agrupa uma série de teorias que podem ser denominadas como estruturais, macro-analíticas, substantivas, objetivistas. As-

sim, o culturalismo, o funcionalismo, o estruturalismo, o pós-estruturalismo, o marxismo estrutural, embora apresentem diferenças teóricas significativas entre si, são usualmente consideradas como exemplos dessa perspectiva. A segunda, denominado como compreensiva, subjetivista, atomista ou micro-analítica, é geralmente atribuída a orientações como o interacionismo simbólico e teorias de base fenomenológica (etnometodologia, análise conversacional, etc.). É necessário, contudo, ressaltar que o enquadramento de teorias nesses dois tipos de orientações metateóricas corre o risco de ser um tanto apressado e superficial. Para essa modalidade de análise o que é mais importante é explicitar os fundamentos e princípios de uma perspectiva do que rotular uma dada teoria.

Concentraremos a nossa análise sobre a perspectiva estrutural, tendo em vista a predominância e o caráter paradigmático que ela exerce nos estudos sociais em saúde no Brasil e é a partir dela que boa parte dos nossos pesquisadores têm re-elaborado "novas" leituras ou sínteses interpretativas sobre os fenômenos sócio-culturais.

A perspectiva estrutural parte do pressuposto de que a natureza da realidade social é objetiva, isto é, composta de estruturas de idéias, valores, modelos ou estruturas materiais de relações. Tais estruturas não são atributos de indivíduos, estão além de qualquer consciência individual e estabelecem quadros que limitam e possibilitam as ações dos atores sociais. Embora não sejam necessariamente acessíveis a observação direta, essas estruturas podem ser "reveladas" pelos conceitos científicos pois estes possuem a capacidade de penetrar na realidade que está subjacente aos eventos particulares. Essa perspectiva tende, portanto, a estabelecer uma dicotomia entre indivíduo e sociedade, entre subjetividade e objetividade, desde que separa como entidades distintas e heterogêneas a consciência do sujeito e o mundo exterior.

A perspectiva estrutural se fundamenta na convergência de alguns princípios pertencentes a duas grandes vertentes filosóficas: racionalismo e empirismo. Essas vertentes, em muitos aspectos, são opostas entre si. A concepção racionalista caracteriza-se pela desconfiança dos fatos que são dados imediatamente pela experiência sensível; a empiricista, pela cautela e dúvida frente as categorias, operações abstratas e auto-suficientes da razão. Tais pressupostos, contudo, não se constituem verdadeiras contradições. Em primeiro lugar, ambas estão diretamente ligadas ao idealismo. Para o idealismo, as coisas existentes no mundo são iluminadas pela atividade conceitual, pois a realidade é algo a ser conquistado pela construção do sujeito pensante. A existência da realidade, portanto, necessita ser demonstrada, deduzida ou construída.

A concepção racionalista de Descartes é paradigmática. Para ele, o ser das coisas é o pensamento puro, o eu pensante. O campo do entendimento (o pensamento puro) é objeto da lógica e da epistemologia enquanto que a imaginação e as sensações pertencem ao domínio corporal, objeto da "psicologia". Nesse as-

pecto, Descartes reduz o mundo a uma pura substancialidade geométrica e o homem, excetuando as suas categorias do entendimento puro, a um objeto mecanizado. Essa concepção racionalista irá encontrar em Leibniz a sua forma mais acabada. Ao estabelecer uma distinção entre verdades de fato (originadas na experiência) e verdades de razão (inatas, *a priori*), Leibniz observou que o universo apresenta duas faces: uma delas é a dos objetos materiais, seus movimentos – o mundo fenomênico, tal como o percebemos e o sentimos – a outra, as verdadeiras realidades. Contudo, não existe uma incomensurabilidade entre essas duas "realidades" pois a objetividade das verdades de fato vem de que todas elas se sustentam, têm uma base no princípio de razão suficiente. Nesse aspecto, a concepção cartesiana da passagem de idéias confusas (sensações, percepção e experiência sensíveis) à idéias claras (pura racionalidade) é possível pois, segundo Leibniz, as idéias confusas contém no seu seio idéias claras. Consequentemente, o ideal de conhecimento é o ideal da pura racionalidade e toda ciência empírica deve se esforçar por tornar mais cada vez mais vastos seus territórios de verdades de razão.

A tradição racionalista admite, portanto, a existência de um ser absoluto, uma idéia reguladora, tomada como ponto de partida para a explicação da realidade humana. O absoluto é concebido de forma sistêmica, a essência mesma das coisas, e se manifesta, fenomenaliza-se, no tempo e no espaço. A idéia de cientificidade imbutida nessa concepção consiste na apreensão desse absoluto. A ciência é uma operação discursiva, sistemática e dedutiva que objetiva explicitar as diversas formas pelas quais o absoluto se "materializa" no mundo, na história.

O empirismo, por sua vez, desenvolve um ponto de vista "psicológico" para responder as questões colocadas pelo pensamento cartesiano. Para Hume, os fatos psíquicos são idênticos ao modo de ser das coisas. As idéias, reproduções de impressões sensíveis, são resultados de processos associativos oriundos da experiência humana. Nesse aspecto, o empirismo considera as coisas existentes no mundo exterior não como realidades em si e por si mas como construções fundamentadas em leis psicológicas pois se só encontro vivências (feixes de sensações), não há substâncias nem corpos. Por conseguinte, posso apenas crer na realidade de um mundo exterior. A psicologia invade tudo. Contudo, Hume admite que a ciência é possível, que há crenças comuns em todos os homens, pois o homem é um ser de ação, necessita atuar e para tal necessita contar com certas regularidades. Ciência, portanto, é descoberta de regularidades (crenças) que adquirem, pouco a pouco, o caráter de verdade (probabilidades indutivas). Hume propõe que o pesquisador, ao procurar realizar uma descrição objetiva de uma "realidade", comece o seu trabalho definindo primeiramente o método para em seguida aplicá-lo ao objeto.

Tanto o racionalismo como o empirismo compartilham de alguns princípios, como a crença na razão (em níveis diferenciados) como uma propriedade univer-

sal do homem e a concepção de uma mesma natureza humana comum a toda a espécie, ou segundo uma versão mais "antropológica", comum aos membros de uma determinada sociedade. A síntese comtiana dessas duas vertentes do pensamento humano fundamenta, em última instância, um dos principais pressupostos metateóricos da perspectiva estrutural. Um traço significativo do positivismo é sua hostilidade a toda dedução que não esteja baseada em dados imediatos da experiência. Entretanto, como herdeiro da tradição racionalista, advoga que a ciência, através de princípios racionais é capaz de explicitar as leis que regulamentam à natureza humana.

O pressuposto idealista da perspectiva estrutural, por sua vez, não se contrapõe a um postulado realista de que as estruturas (modelos, códigos, etc.) subjacentes as atividades humanas são entidades exteriores às consciências individuais e exercem (ou são suscetíveis de exercer) ações coercitivas sobre elas. A coercitividade, nessa perspectiva, é usualmente pensada quer em termos de fatores condicionantes da ação, sejam eles externos (condições de vida material, o estado econômico ou político, etc.) ou internos (inconsciente, necessidades biológicas, estigmas hereditários, etc.), quer no modelo mais sofisticado de uma modelagem cultural e social dessa ação, que no limite converte o sujeito, de utilizador de um código cultural em, ele mesmo, elemento desse código. Tratase, contudo, de idéia que não é exatamente clara ou que é mesmo contraditória pois, ao admitir o condicionamento, não nega necessariamente que o indivíduo as vezes também tem poder de decisão.

A idéia de estrutura, nessa perspectiva, assume um papel essencial. A influência do modelo saussuriano no delineamento do conceito é marcante. Assim, a estrutura é usualmente tomada como coletiva, anônima, abstrata, sistemática, autônoma, compulsória para uma dada realidade social; reflete a unidade ou caráter holista do social e, em muitas abordagens, é vista como situando-se no tempo de forma sincrônica. Sendo configurada como sistema, pressupõe um conjunto finito de entidades discretas, relacionadas intrinsecamente entre si, que se remetem para um todo. Nenhuma entidade tem um significado por si mesma pois cada elemento se define por um outro, pela sua oposição ou relações internas com outras unidades do mesmo sistema. Nesse aspecto, o mundo é reduzido a relações, diferenças. Esse pressuposto tem uma implicação direta com a investigação científica. A principal tarefa das ciências é explicitar os processos relacionais implícitos de um dado sistema. O que a ciência apreende, portanto, é o aspecto sintático dos fatos sócio-culturais. Como observam Bruyne et al. (1977: 189), "*Nenhum universo semântico é pesquisado por si mesmo – como na construção de um tipo-ideal compreensivo –, só é pesquisado o invariante sintático latente sob as significações manifestas*".

Acreditamos que é justamente a idéia de estrutura limitada *apenas* a esses parâmetros que constitui o primeiro ponto problemático dessa perspectiva pois,

entre outros aspectos, essa concepção não leva em devida consideração como um dado sistema é construído a partir de determinadas condições nem tampouco como os sistemas são substituídos uns pelos outros. As transformações são consideradas como meras contingências. Nessa perspectiva, "*a história aparece como um fenômeno puramente passivo, seja porque a estrutura contêm em si, desde a origem, os seus germes de morte, seja porque um acontecimento exterior a destrói (...) Quando não morre de morte natural, a estrutura sucumbe por acidente. Mas nunca são os homens, eles próprios, que a modificam, porque não são eles que a fazem: pelo contrário, eles são feitos por ela*" (Sartre, 1967:129). Ao considerar a história um conjunto de totalidades fechadas, tais teorias perdem de vista o próprio movimento social, a dinamicidade, a totalização-em-curso.

A questão do "decentramento" do sujeito, para utilizarmos uma expressão de Lacan, é talvez a mais problemática na perspectiva estrutural. É importante observar, em primeiro lugar, que essa perspectiva não elimina necessariamente o indivíduo mas, de forma ambígua, o coloca em uma posição secundária. O ator social é visto, antes de mais nada, como um ponto de encontro de forças sociais ou como elemento de um código, segundo uma concepção que diferencia o indivíduo empírico do ator social (este último, mera ideologia). Nesse aspecto, a perspectiva estrutural termina por tornar-se, no dizer de Husserl (1973), *naturalista*, isso é, por abraçar uma posição espistemológica que, não tendo destacado a especificidade do objeto social ou psíquico, trata-o como se fosse um objeto físico, confundindo assim causas externas com a própria natureza do fenômeno[8]. Uma conseqüência dessa postura é de considerar o sujeito como uma coisa entre outras coisas existentes no mundo. Assim como faz sobressair as coisas com suas características objetivas exatas, essa perspectiva termina por levar o psíquico a uma determinação objetivamente válida (leis rígidas). Nesse aspecto, a subjetividade torna-se uma grande ausência.

Como conclusão dessa análise crítica, podemos observar que a perspectiva estrutural não deixa de ter razão em apontar o caráter estruturado da realidade humana. Mas é necessário reconhecer os limites dessa postura. A idéia de estrutura não apreende toda a realidade humana, apenas parte dela. Qualquer teoria que se desenvolva *apenas* nos estreitos limites do conceito de estrutura como algo *a priori,* como esquemas ou modelos sócio-culturais coercitivos, tende a reduzir as atividades humanas à conceitos abstratos, usando de uma única interpretação para explicar a diversidade das ações sociais. Um ponto frágil dessa perspectiva está justamente na sua concepção de realidade objetiva. Trata-se de uma concepção que não "retorna às coisas mesmas" pois de antemão estabelece "verdades" sobre as coisas e com isso não se atém a existência concreta do homem no seu cotidiano. Por menosprezar a dimensão subjetiva e, *principalmente*, intersubjetiva dos indivíduos que compõem uma dada configuração sócio-cultural, essa perspectiva termina por falar do humano – o objeto por excelência das

ciências sociais – como uma realidade sem vida, entidade quase morta, subsumido à forças onipotentes de uma estrutura. Em termos metodológicos, é necessário que a *explicação* – ato cognitivo por excelência dessa perspectiva – venha a culminar com a *compreensão* das ações humanas, com uma hermenêutica crítica da existência humana.

CONCLUSÃO

Começamos o presente capítulo apresentando um rápido esboço sobre o perfil do profissional em ciências sociais em saúde no Brasil. Observamos que a produção brasileira nessa área está sendo cada vez mais desenvolvida por pesquisadores que possuem uma formação específica no campo das ciências sociais. Isso não significa dizer que atualmente temos uma menor heterogeneidade entre os nossos cientistas. A produção da área, a proliferação de novos objetos de estudos, a diversidade de instituições de ensino e pesquisa interessadas nessa temática e a variedade de enfoques teórico-metodológicos revelam a pluralidade do nosso mundo acadêmico. Em segundo lugar, desenvolvemos a tese de que os fundamentos das formulações conceituais (subjacentes a uma perspectiva estrutural) que predominaram no campo das ciências sociais em saúde estão sofrendo, no decorrer da atual década, um processo de re-análise e novas tentativas de sínteses, principalmente a nível metateórico, estão sendo postas em prática. Esse processo se deve, em grande parte, a concretização e legitimação de teorias sociais (clássicas e contemporâneas) que passam a ser incorporadas por nossos pesquisadores. Nesse aspecto, o êxito dos diversos projetos de reformulações conceituais requer uma melhor compreensão dos fundamentos e princípios das perspectivas interpretativas que caraterizam as ciências sociais.

Os pontos enfocados no presente capítulo revelam duas grandes tendências (entre outras que poderiam ser mencionadas) do cenário acadêmico nacional. Um não se constitui necessariamente a razão ou causa do outro. As novas tendências registradas na análise dos fenômenos relacionados à saúde/doença podem estar ligadas a formação atual do nosso profissional. Somente uma análise mais criteriosa poderia estabelecer a natureza dessa ligação.

REFERÊNCIAS

ABRASCO (1995). *Catálogo Brasileiro de Cientistas Sociais em Saúde*. Rio de Janeiro.

ALEXANDER, J.C. (ed) (1987). *The Micro-Macro Link*. Berkeley: University of California Press.

ALVES, P. C. (1995). A perspectiva de análise social no campo da saúde: aspectos

metodológicos. In A. M. Canesqui (org), *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva.* São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, pp. 63-82.

ALVES, P. C. & RABELO, M.C. (1995). Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade. In A. M. R. Pitta (org), *Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios.* São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, pp217-235.

ANDRADE, M. (1939). *Namoros com a Medicina.* Porto Alegre: Globo.

APPLE, D. (1960). *Sociological Studies of Health and Sickness.* New York: McGraw-Hill.

ARAUJO, A. M. (1959). *Medicina Rústica.* São Paulo: Ed. Nacional

AROUCA, A. S. S. (1975). *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva.* Campinas, FCM/Unicamp (tese de doutorado).

BASTIDE, R. (1959). Medicina e magia nos Candomblés. In *Boletim Bibliográfico* N. XVI. São Paulo: Difusão de Cultura.

BENVENISTE, E. (1977). *Problemas de Lingüística Geral I.* Campinas: Pontes: Universidade Estadual de Campinas.

BOURDIEU, P. (1987). *Outline of a Theory of Practice.* Cambridge: Cambridge University Press.

BREILH, J. (1979). *Economía, Medicina y Política.* Quito: Ed. Universitaria.

BRUYNE, P.; J. HERMAN & E. SCHOUTHEETE (1977). *Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: Os Pólos da Prática Metodológica.* Rio de Janeiro: F. Alves.

CAMPO, E. (1958). *Medicina Popular do Nordeste.* São Paulo: Casa do Estudante do Brasil.

CAMPOS, R. Z. & E. D. NUNES (1976). O ensino das ciências sociais nas escolas profissionais da área da saúde no Brasil. In *Revista Saúde Pública*, 383.

CANESQUI, A. M. (1995). Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In P. C. Alves e M. C. S. Minayo (org), *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico.* Rio de Janeiro: Fiocruz, 13-32.

CARRARA, S. (1994). Entre cientistas e bruxos. Ensaio sobre os dilemas e perspectivas da análise antropológica da doença. In P. C. Alves & M. C. S. Minayo, *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico.* Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 33-45

COLLINS, R. (1981). On the microfoundations of macrosociology. In *American Journal of Sociology*, 86:925:942.

COLSON, A. C. and K. E. SELBY (1974). Medical anthropology. In B. J. Siegel (ed), *Reviews in Anthropology*, Palo Alto, Calif.: Annual Reviews, Inc. 3: 245-262.

DONNANGELO, C. (1979). *Saúde e Sociedade.* São Paulo: Ed. Duas Cidades.

FABREGA JR., H. (1971). Medical anthropology. In B.J.Siegel (ed), *Biennial Review of Anthropology.* Stanford, Cal.: Stanford University Press, 167-229.

FOSTER, G. M. & B. G. ANDERSON (1978). *Medical Anthropology*. New York: Wiley.

FREITAS, O. (1935). *Doenças Africanas no Brasil.* São Paulo: Col. Brasiliana, vol.51.

GARCÍA, J. C. (1982). Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde (trabalho apresentado no XXIII Congresso Internacional de Sociologia, 1972). In E. D. Nunes (org), *Medicina Social. Aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global Ed., 93-132.

HUSSERL, E. (1973). *La Filosofía como Ciencia Estricta*. Buenos Aires: Editorial Nova.

JAPIASSU, H. (1976). *Interdisciplinaridade e Patologia do Saber*. Rio de Janeiro: Imago.

KNORR-CETINA, K.D. & A. CICOUREL (Eds) (1981). *Advances in Social Theory and Methodology*. New York: Methuen.

LANDY, D. (1983). Medical anthropology: a critical appraisal. In J. Ruffini (Ed), *Advances in Medical Social Science*. New York: Gordon and Breach, Vol 1: 185-314.

LAURELL, A. C. (1978). Investigación en sociología médica. In *Salud Problema*, UAM-X, N.1.

LUZ, M. T. (1988). *Natural, Racional, Social: Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Rio de Janeiro: Campus.

MACHADO, R.; A. LOUREIRO; R. LUZ & K. MURICY (1978). *Danação da Norma: A Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal.

MARSELLA, A. J. (1989). Culture and mental health: an overview. In A. J. Marsella and G. M. White (eds), *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy.* Dordrecht: D. Reidel Publishing Company, 359-388.

MARSIGLIA, R. G. e S. S. ROSS (1983). Caracterização do ensino, pesquisa e recursos docentes da área de Ciências Sociais nos cursos de pós-graduação em Saúde Coletiva no Brasil. In *Ensino da Saúde Pública, Medicina Preventiva e Social no Brasil.* Rio de Janeiro: Abrasco.

MARSIGLIA, R. G. e S. L. ABATE (1994). Relatório da Oficina Ensino de Ciências Sociais em Saúde. In R. M. Q. Nehmy (org), *Anais do I Encontro Brasileiro de Ciências Sociais em Saúde*. Belo Horizonte: Abrasco, pp.131-136.

MENEZES, J. S. (1957). *Medicina Indígena*. Salvador: Livraria Progresso.

MINAYO, M. C. S. (1991). Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. In *Medicina*, 24(2): 70-77.

NUNES, E. D. (org) (1985). *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. Brasília: OPAS

NUNES, E. D. (1992), As ciências sociais em saúde: reflexões sobre as origens e a construção de um campo de conhecimento. In *Saúde e Sociedade,* 1(1): 59-84.

NUNES, E. D. (1995). A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva. In A. M. Canesqui (org), *Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva.* São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, pp. 95-113

QUEIROZ, M. S. e CANESQUI, A. M. (1986). Contribuição da antropologia à medicina: uma revisão de estudos no Brasil. In *Revista de Saúde Pública.* São Paulo, 20(2):141-151.

RICOEUR, P. (1977). *Interpretação e Ideologias.* Rio de Janeiro: F. Alves.

RIBEIRO DA SILVA, M. da G. (1976). *Prática Médica: Dominação e Submissão.* Rio de Janeiro: Zahar.

RITZER, G. (1990). The current status of sociological theory: the new syntheses. In R.Ritzer (ed), *Frontiers os Social Theory; The New Syntheses.* New York: Columbia University Press, pp. 1-30.

SARTRE, J.P. (1967). Jean-Paul Sartre responde (Entrevista publicada na revista *L'Arc,* 30). In E. P. Coelho (org), *Estruturalismo. Antologia de Textos Teóricos.* São Paulo: Martins Fontes.

SARTRE, J.P. (1967). *Questão de Método.* São Paulo: Difusão Européia do Livro.

SAUSSURE, F. De. (1995). *Curso de Língüítica Geral.* São Paulo: Cultrix.

SPINK, M. J. P. (1992). Saúde: um campo transdisciplinar? In *Revista de Terapia Ocupacional,* 3(1/2): 17-23.

STRAUSS, R. (1956). The nature and status of medical sociology. In *American Sociological Review,* 22:200-204.

TEIXEIRA, F. (1956). *Medicina Popular Mineira.* Rio de Janeiro: Organizações Simões.

TEIXEIRA, S. M. F. (1985). As ciências sociais em saúde no Brasil. In E.D.Nunes (org), *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: Tendências e Perspectivas.* Brasília: OPAS, 87-108.

NOTAS

[1] Antes da década de 70 podemos encontrar alguns trabalhos etnomédicos no Brasil. De uma maneira geral, Charles Wagley e Kalervo Oberg, durante os anos 1940 e 1950, representaram expoentes significativos nesses estudos. Na produção brasileira podemos citar Freitas (1935), Andrade (1939),Teixeira (1956), Meneses (1957), Campos (1958), Bastide (1959) e Araújo (1959), entre outros.

[2] Foram os Departamentos de Medicina Preventiva e Social da USP, de Medicina Preventiva e Social da Unicamp, o Instituto de Medicina Social da UERJ e os Programas de Estudos Sócio-Econômicos em Saúde (PESES) e de Estudos e Pesquisas Populacionais e Epidemiológicas (PEPPE)

os primeiros a implementar e/ou consolidar a área das ciências sociais em saúde. Em 1978, conforme levantamento realizado pela FINEP, existiam 16 instituições que desenvolviam investigações nessa área. Dentre elas, apenas um departamento de ciências sociais (Departamento de Sociologia da PUC/RJ) elaborava projetos sobre a temática saúde (Teixeira, 1985).

[3] Segundo Campos & Nunes (1976) dos 323 professores que em 1971 estavam "envolvidos" no ensino de ciências sociais na saúde, apenas 17,6% tinham formação básica na área das ciências sociais.

[4] A pesquisa tomou dois critérios para identificar os cientistas sociais: estar vinculado à área de saúde no serviço, ensino e pesquisa; e ter formação graduada ou pós-graduada em disciplinas tradicionalmente incluídas nas Ciências Sociais e Humanas (Sociologia, Antropologia, Ciências Políticas, História, Pedagogia, Economia, Demografia e Filosofia).

[5] Não é apropriado afirmar que o funcionalismo perdeu sua legitimidade teórica apartir dos anos 60. A influência dessa concepção, principalmente a desenvolvida por Parsons, está atualmente presente no "neo-funcionalismo" (J.Alexander, P.Colomy, N. Luhmann, C. Camic, R.Munch) e em uma série de teóricos contemporâneos, como A. Giddens, Habermas, entre outros.

[6] Consideramos como processos discursivos parâmetros teóricos e metodológicos que delimitam uma lógica de investigação. Esses processos, intrinsecamente ligados a princípios epistemológicos, determinam a forma pela qual é construída uma problemática e o referencial teórico de uma pesquisa (Bruyne et al., 1977).

[7] O conceito de "novo" deve ser aqui entendido no sentido do contexto brasileiro. Tratam-se, na realidade, de teorias que já apresentam uma longa tradição na história das ciências sociais, principalmente no mundo anglo-saxônico.

[8] "O que caracteriza todas as formas do naturalismo extremo e consequente, que vai do materialismo popular às formas recentes do monismo sensualista e do energetismo, é, por um lado a *naturalização da consciência*, inclusive a de todos os dados intencionais imanentes da consciência; por outro, a *naturalização das idéias* e, por conseguinte, de todo ideal e de toda norma absoluta" (Husserl, 1973:50, itálico do autor).

CONSTRUÇÃO DA IDENTIDADE DA ANTROPOLOGIA NA ÁREA DE SAÚDE: O CASO BRASILEIRO

Maria Cecília de Souza Minayo

INTRODUÇÃO

Neste artigo proponho realizar uma discussão sobre o estado da arte da antropologia no campo da saúde no Brasil, a partir de revisões já elaboradas por alguns autores, e levantar pontos que julgo importante assinalar como desafios, caminhos de possibilidades e rumos a serem tomados, nesta relação. A hipótese aqui levantada é de que existe um campo de conhecimentos em plena efervescência e em construção de sua própria identidade.

Este estudo não tem pretensões de aprofundamento epistemológico e sim, de acompanhar e descrever o movimento de constituição dessa nova "interdisciplina", ou seja a rede de produção e de reprodução do saber e das práticas antropológicas que, por sua vez, se incorporam ao campo da saúde. Para tal recorrerei a alguns conceitos e noções da sociologia da ciência, tais como "rede", "campo", "comunidade científica" e outros.

Utilizo o termo "*rede*" tal como vem sendo usado recentemente no âmbito da teoria das organizações. Ou seja, como uma noção que define as articulações entre indivíduos, núcleos e instituições, criando conexões por onde circulam informações, criam-se elos e constituem-se "focos de irradiação" de concepções, práticas e referências. O conceito de *campo científico* foi desenvolvido por Bourdieu (1983) para significar o espaço estruturado de lutas pelo monopólio da autoridade, da competência e do crédito científico, dentro das mesmas leis e interesses que regem a acumulação de capital. Bourdieu faz uma crítica profunda ao conceito de *comunidade científica* desenvolvido por Kuhn (1982) que idealizava esse grupo social como autônomo, insulado e auto-reprodutor, demonstrando como a competição, a desigualdade, os interesses, o conservadorismo e as resistências estão na lógica de organização da prática científica.

Na perspectiva de Latour & Woolgan (1979) que enaltecem a importância de se conhecerem etnograficamente os laboratórios e grupos de pesquisa, é preciso relativizar a idéia de "ciência enquanto mercadoria" desenvolvida por Bourdieu.

Para esses autores, a informação produzida por cientistas adquire valor enquanto serve a outros para se gerarem novas informações, havendo uma clara associação entre o ciclo do cientista e o ciclo de investimento do capital. Mas o sentido do crédito científico está mais vinculado a sua *credibilidade* e ao poder do que ao capital econômico propriamente dito.

O conceito de "*prática científica*" de Knorr-Cetina (1982) também é importante para os objetivos deste trabalho. A autora faz críticas aos estudos que tomam a comunidade científica como uma unidade organizacional independente. Propõe, ao invés, o conceito de *arena transepistêmica* e *campos transcientíficos* para designar o espaço das interações. Para a autora, o trabalho científico é perpassado e sustentado por relações e atividades que transcendem os laboratórios e grupos de pesquisa. No seu cotidiano, estão permanentemente confrontados por pessoas e argumentos que não podem ser classificados nem como puramente científicos e nem como não-científicos. Nesse campo ou arena transitam demandas acadêmicas, sociais, de agências de financiamento, das indústrias, do estado, das instituições, assim como parcerias e trocas científicas e de cientistas envolvidos na negociação e administração de recursos. De acordo com Knorr-Cetina, as arenas transepistêmicas são constituídas, dissolvidas e reconstituídas na cotidiana e contextualizada atividade cientifica, implicando sempre numa rede interativa de relações entre os vários sujeitos que dela participam, em mútua dependência de informações, recursos e tecnologias. Os interesses, os conflitos de poder e a cooperação são parte dessa dinâmica dentro dos universos de produção e com todo o mundo relacional, inclusive o leigo, envolvido na construção da ciência.

Desta forma, este artigo se insere nesse universo movimentado e dinâmico no qual a produção científica se processa. Em que pesem todas as críticas sobre os conceitos e autores citados acima: uns porque analisam externamente o fenômeno da produção científica (Kuhn e Bourdieu), outros porque não conseguem captar toda a complexidade etnográfica e o movimento interno e contextual do tema (Latour e Knorr-Cetina), para os objetivos deste trabalho, as contribuições foram fundamentais. Aproveito o conceito de *campo* de Bourdieu, para tratar os conflitos de interesses e de competência; e a acumulação de conhecimentos; a noção de *creditação científica* de Latour para mostrar os autores e teorias de referência; e as idéias de *prática transepistêmica* e *transcientífica* de Knorr-Cetina para mostrar a intensa interatividade leiga, técnica e transdisciplinar que atravessa as relações entre os saberes antropológicos e da saúde coletiva. Ao mapear esse mundo em construção buscarei focalizar e analisar as seguintes questões:

• relações entre o enfoque disciplinar e a abordagem associada inter e transdisciplinarmente no que concerne entre as duas áreas;

• tensões entre relações de cooperação e subordinação;

• ritmos, tempos e necessidades diferenciados entre a área da saúde e o enfoque e a contribuição disciplinar da antropologia;

• cobertura de áreas de saúde pela antropologia e possíveis necessidades e defasagens;

• interfertilizações das experiências interdisciplinares e pontos problemáticos que exigem especial vigilância epistemológica.

Os itens assinalados acima não serão tratados separadamente, constituindo-se em objeto de reflexão transversal a ser processada no desenrolar do conjunto do texto.

RAÍZES E IDENTIDADE

Em 1985, Everardo Duarte Nunes e Juan César Garcia coordenaram e publicaram uma obra de grande relevância acadêmica, denominada *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina*. No capítulo introdutório, Nunes (1985:31-79) teceu algumas considerações sobre a Antropologia, as quais resumo aqui.

Os primeiros trabalhos da disciplina sobre o objeto saúde surgem a partir da II Guerra Mundial, quando antropólogos europeus e americanos focalizavam os países subdesenvolvidos como alvos preferenciais dos modelos de saúde pública, gestados nos moldes culturais dos chamados países desenvolvidos. Tratava-se de projetos de compreensão de hábitos e costumes de outros povos e grupos, com o objetivo de transmitir uma certa "ciência da conduta", através da educação sanitária e da orientação para erradicação de doenças transmitidas por vetores. Nesse texto introdutório, Nunes recomenda que vários trabalhos anteriores à década de 50 deveriam ser considerados numa reconstrução arqueológica do saber (Foucault: 1972) antropológico em saúde. Porém assinala que é a partir dessa década que se dá ênfase a uma produção específica.

Se essa produção peculiar partiu de trabalhos americanos e europeus, havia uma considerável diferença entre as abordagens. Os americanos, desde o início, trabalharam junto com os médicos, criando relações de interdisciplinaridade, segundo alguns, ou de dependência disciplinar, segundo outros, tanto nas missões que empreenderam na África, na América Latina e Ásia, como quando procuraram entender sua própria sociedade. Suas contribuições foram desenvolvidas visando à compreensão de sistemas específicos de saúde, das relações médico-paciente, dos universos simbólicos que cercam os fenômenos da vida, da morte e do adoecer, articulando-se sobretudo à clínica, à epidemiologia e ao planejamento do setor, conforme revelam os trabalhos de Raymond Firth (1978) e Cammaroff (1978), ambos citados por Nunes (1985).

Os antropólogos ingleses voltaram-se mais para os povos sob controle colonial, elaborando abordagens holísticas, numa linha estrutural-funcionalista e dedicada a compreender os universos cosmológicos dos grupos específicos. Os temas sobre saúde e doença aparecem, então, vinculados à religião e à magia. É

como os tratam, por exemplo, Evans-Pritchard (1978) e Victor Turner (1967 e 1969). Uma avaliação feita pelo *Social Anthropology Committee* de Londres em 1968, deixa clara a circunscrição da antropologia britânica aos países africanos e orientais e o direcionamento dos estudos para discussões de tabus e práticas alimentares, práticas médicas tradicionais e cosmologias (Fortes, 1976).

Nunes (1985) comenta que a partir da década de 70, organismos internacionais, como a OMS e a OPAS, investiram no fortalecimento das relações entre a antropologia e a medicina, sobretudo incentivando a etnomedicina. O estranhamento das culturas indígenas e subdesenvolvidas pelos sanitaristas de formação campanhista, e as resistências das populações locais em adotarem normas de conduta não condizentes com sua cosmologia, exigiram investimentos antropológicos no sentido de buscar pontos de consenso e de legitimação, e também a utilização dos líderes comunitários e tribais como mediadores das relações entre a medicina oficial e as sociedades alvo.

Por isso mesmo, das décadas de 50 a 70, independente das tradições específicas americanas ou inglesas, a chamada Antropologia Médica se desenvolveu sob a égide de uma categoria cujo nome dispensa maiores comentários: *ciências da conduta*, junto com a sociologia e a psicologia social, no campo da saúde pública. Ou seja, as *ciências da conduta* eram elaboradas dentro da corrente funcionalista da sociologia, voltadas para a adequação de normas, saberes e linguagem médica aos diferentes contextos leigos, em particular ao dos povos colonizados e subdesenvolvidos. Estrella (1985) reafirma esse investimento internacional na América Latina, na década de 70, mostrando o interesse conjugado de organismos internacionais e dos estados nacionais. O autor menciona as várias abordagens então em curso, incluindo o treinamento de investigadores locais, passando por estudos sobre o folclore dos grupos-alvo até os trabalhos que se desenvolveram dentro dos marcos da antropologia clássica. Mostra também as tentativas de avanço conceitual e de intervenções que buscaram superar o ponto de vista legitimador-utilitário, em favor de tendências naturalista-humanista e revolucionária que marcaram os esforços dos antropólogos latino-americanos.

Em seu cuidadoso trabalho de revisão, Canesqui (1994) lembra que, nas décadas de 40 e 50, nos Estados Unidos, a antropologia foi incorporada nos programas internacionais de saúde pública, todos eles dirigidos à América Latina, África e Ásia, com forte conotação funcionalista e voltados para estudos de comunidade, tais como preconizados por Foster (1977) e Foster & Anderson (1978) no Smithsonian Institute. Uma contribuição fundamental da antropologia americana da década de 70 foi a categorização e a discussão conceitual dos termos: *disease* (manifestação patológica em linguagem biomédica); *illness* (percepção subjetiva expressa em linguagem de senso comum); *sickness* (expressão cultural da doença). (Kleinman, 1986; Frankenberg, 1980; Young, 1982).

Mesmo com todas as críticas que possam ser feitas, o avanço da Antropologia Médica nos Estados Unidos foi monumental nesses quase 50 anos, influenciando abordagens no mundo inteiro, criando uma rede de especialistas, de instituições acadêmicas e de produção cientifica. Sua representatividade se expressa na *Society of Medical Anthropology*.

Um contraponto importante à hegemonia americana é dado pela antropologia francesa. Em primeiro lugar, do ponto de vista téorico-conceitual, a contribuição de Lévy-Strauss tanto na postura de relativização das culturas (1970), quanto nas descobertas do pensamento lógico na cultura selvagem (1976) foi fundamental como parâmetro de abordagem, inclusive frente às tentativas de desqualificação de sistemas médicos tradicionais. Em segundo lugar, a antropologia francesa problematizou o sentido do conceito de antropologia médica, mostrando sua concepção reduzida e sua submissão disciplinar e instrumental. (Herzlich, 1984; Laplatine, 1986). Ao invés, passou a trabalhar com a denominação *Antropologia da Saúde da Doença*, retirando o tema do interior da área medica (embora contendo também esse contexto) elevando-o a uma perspectiva metacultural e comparativa dos fenômenos da saúde, da doença e da cura. (Boltanski, 1979; Herzlich, 1984; Laplatine, 1986).

Quando elaborou a mencionada revisão, Nunes (1985) não se deteve na situação da antropologia brasileira, mesmo porque, a articulação dessa disciplina no campo da saúde era ainda muito incipiente. O autor menciona, na bibliografia, apenas uma tese de mestrado na UNICAMP, a de Oliveira (1983) e notifica, o que possivelmente seria um relatório de pesquisa de Loyola (1977). Esse silêncio que está ligado, com certeza, à escassez de dados, vai ser rompido pelo trabalho de Canesqui (1994) que muito acertadamente delimita a década de 80 para a elaboração de sua revisão. É então que começam a florescer os trabalhos, sobretudo a partir da segunda metade da década, permitindo observar as temáticas recorrentes e as tendências reflexivas.

Com um sistema de Ciência e Tecnologia ainda muito jovem, o Brasil, como seria de esperar, tem sido objeto de estudos de pesquisadores estrangeiros e recebe a influência do debate internacional. Essa exposição ao pensamento e às teorias estrangeiras está se dando cada vez de forma mais amadurecida, mas merece uma reflexão crítica. Nesse contexto, um tema que não me parece menor é a própria categorização da área de antropologia no interior do campo da saúde: *antropologia médica ou antropologia da saúde?*

Com um conjunto de profissionais formados em escolas francesas e anglo-saxônicas ou em centros acadêmicos brasileiros marcados por influências ora de uns ora de outros, existe ambigüidade, permissividade e aleatoriamente na utilização dos termos em questão. Certamente isso revela confusões conceituais e uma certa falta de clareza do próprio lugar ou papel que teria hoje, no país, a antropologia para o campo da saúde. É bem verdade que tal condição de insegu-

rança é alimentada por fatores externos e internos à área. Alguns exemplos ajudam a esclarecer a situação. Um deles é a repetida recusa da ANPOCS (Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais) em abrir um grupo de trabalho sobre Ciências Sociais ou Antropologia da Saúde, evidenciando, mais uma vez, a crônica dificuldade das Ciências Sociais Brasileiras de se abrirem para áreas aplicadas. A alegação reiterada de não ampliar os grupos existentes é também o pretexto para dizer que os temas da saúde cabem melhor na ABRASCO (Associação Brasileira de Saúde Coletiva). Quando, atualmente se conseguiu furar o cerco da ANPOCS, os termos de referência tiveram que se restringir ao título "*Pessoa, Corpo e Doença*" que apenas parcialmente tem a ver com o que estudam e praticam os antropólogos atuantes no campo da saúde.

Mais recentemente, a ABA (Associação Brasileira de Antropologia) abriu um espaço para esta reflexão específica, augurando aos investigadores que trabalham com o objeto saúde, oportunidade de articulação, troca de experiências e possibilidades de avanço no conhecimento. No entanto o grupo de trabalho também gravita em torno do tema "*Corpo e Medicina*" ainda não abrangendo o conjunto de objetos identificatórios da área. E no interior das especializações da ABRASCO, a antropologia apenas detém hoje um dos assentos na Comissão de Ciências Sociais, faltando-lhe, portanto, um espaço próprio de reflexão, crescimento e expressão própria.

Tenho como hipótese que essa antropologia brasileira "*médica ou da saúde*" tenderá a um processo de maturação, impulsionado por vários fatores convergentes:

a) a consolidação de núcleos e linhas de investigação em vários centros e institutos, de antropologia da saúde/medicina. (Passarei a utilizar a forma ambígua de se nomear a sub-área até que tenhamos definido conceitualmente sua gramática);

b) a organização de eventos tais como o I Encontro Nacional de Antropologia Médica (Salvador, 1993), onde os professores/pesquisadores terão que se auto-referenciar;

c) a realização de publicações individuais ou coletivas que impulsionam a reflexão crítica;

d) a demanda da própria área de saúde, explicitando suas necessidades para o recorte disciplinar e suas interações inter ou transdisciplinar.

Como é de conhecimento geral, a identidade se faz, de um lado, a partir dos traços dos progenitores (e no nosso caso, os pais são de origem anglo-saxônica ou francesa). De outro, porém, ela se constrói no confronto com os diferentes e as diferenças externas, ou seja, na própria historicidade. Nessa dialética, a antropologia, pelo seu próprio dever de ofício, e por trabalhar com fenômenos complexos e relacionais, sejam eles numa tribo ou numa mega-cidade, necessita tomar,

como objeto, o próprio conceito de saúde como referência identificatória. Se a intenção é focalizá-lo no campo da intervenção técnica do sistema médico, terá um objeto mais restrito, mais delimitado, mais instrumental e passível de melhor controle e demarcação, dentro dos quadros da chamada "ciência normal".

Se entender a saúde como objeto de interesse da sociedade, ou seja, *como o conjunto de ações e movimentos que ela promove para se manter saudável*, vai retirá-la, conceitualmente, da tutela médica, para ampliar suas fronteiras. E aí se incluem tanto a medicina e a saúde pública assim como todos os temas de relevância que recobrem o universo de uma sociedade saudável. Ou seja, serão seu objeto de reflexão teórico-prática as condições de vida que interferem nas condições de saúde; as políticas públicas e sociais do setor e intersetoriais; os vários sistemas terapêuticos, incluindo-se a atenção em todos os níveis; e por fim, os valores e crenças que dão suporte aos limites da tolerância e vulnerabilidade da sociedade frente ao que afeta sua saúde individual e coletivamente. Nesse caso, o papel da Antropologia, parafraseando White (1991) seria restituir aos fenômenos biológicos, sua verdadeira natureza social, destruindo a indevida "naturalização" empreendida pela ciência, sobretudo pela biologia e pela medicina.

DILEMAS DO CRESCIMENTO

Herzlich (1984), White (1991) e Carrara (1994) nos convidam a um olhar construcionista para entender a articulação entre antropologia e saúde/medicina. Nada melhor que isso para uma sub-área que tenta se definir levando em conta fatores internos e externos que influenciam seu crescimento.

Em primeiro lugar, é preciso prestar atenção aos lugares diferenciados de onde falam os antropólogos voltados para a saúde. Porque existem várias situações e posições institucionais em jogo nessa interrelação. Ou seja, ou falam de departamentos de antropologia, buscando diálogo com a área de saúde "stricto sensu" ou de espaços híbridos (institutos, escolas, departamentos de Medicina Social ou Preventiva, Saúde Pública ou Coletiva) onde os antropólogos estabelecem um diálogo nem sempre fácil com profissionais das designadas "ciências duras", "ora nossos aliados, ora concorrentes, ora nossos objetos, ora nossos interlocutores" (Carrara, 1994, 37). Independente da vinculação institucional, há profissionais que trabalham e investigam junto com médicos e epidemiologistas, assim como há outros que se colocam de forma desvinculada dos serviços e atividades de saúde "stricto sensu" e voltados para análises tipicamente disciplinares.

Herzlich (1984) analisando as relações iniciais da sociologia e da antropologia americana com a medicina, destacou que eles (os profissionais dessas áreas) "assumiam e aceitavam" plenamente as concepções médicas dos fatos patológicos". O passo desconstrucionista dessa relação, portanto teria que ser a desmistificação do caráter transcendental do ato médico, para mostrar como ele se origi-

na, se produz e se reproduz no contexto social. Por outro lado o que necessitaria ser construído com todos os instrumentos teóricos e práticos de que a antropologia e as disciplinas do setor saúde dispõem, são as bases dessa relação de cooperação. Pois o que me parece é que, ora de lado, ora de outro, dependendo do tema em questão, uma delas será a dominante.

Analisando essa atitude (construcionista/desconstrucionista) necessária à relação e à tensão entre Medicina/Saúde/Antropologia e ao lugar que deveria ocupar na díade disciplinar, tanto Carrara (1994) quanto Herzlich chamam atenção, para os riscos da radicalização, sobretudo quando se propõem fórmulas que não nasçam da realidade

"O próprio construcionismo começa a gerar apreensões e angústias" diz Carrara (1994). E Herzlich, atinava em seu crítico trabalho sobre a doença enquanto significante social (1984), para o erro de "limitar-se a tratar a medicina sem referência à positividade de seu saber ou à eficácia de sua prática como simples resposta simbólica ou como pura ideologia" (Herzlich, 1984:12-13).

Carrara (1994) cita também uma crítica de Rosenberg (1988) ao relativismo e ao construcionismo radical, mostrando que, como por exemplo a forma como frequentemente são tratados temas relativos a AIDS. Não se podem aprofundar estigmatizações que medicalizam o homossexualismo, da mesma forma como não se podem desconhecer as descobertas dos imunologistas e dos virologistas sobre AIDS, uma doença com um grau de quase 100% de fatalidade. Mais do que nunca, o que a AIDS, em particular, vem mostrar é a necessidade de interação, sem pretensões de hegemonia entre as ciências biomédicas e antropológicas. Seguindo-se uma lógica habermasiana (Habermas, 1987) a construção da compreensão dessa epidemia do final do século trouxe também a necessidade de articular o conhecimento científico às exigências do mundo da vida, ponto sobre o qual a antropologia tem muito a dizer, pois trabalha prioritariamente com o entendimento da lógica dos atores sociais.

Sobre o espaço dessa relação entre ambas as ciências, creio que é preciso elucidar os vários níveis de interação e os diferentes graus de aproximação. Assinalarei pelo menos três Em primeiro lugar estão os estudos básicos, tipicamente antropológicos, onde a questão da saúde e da doença fazem parte de um universo "totalizante" e complexo de relações sociais, políticas, econômicas, domésticas e cosmológicas, e onde a compreensão da saúde e doença e dos sistemas médicos compõem o quadro geral e da ordem social. Trata-se de trabalhos profundos, longos e demorados, quase sempre realizados em departamentos de antropologia, onde a geração do conhecimento, independentemente de sua repercussão, entra no âmbito do desenvolvimento de teorias e conhecimentos imprescindíveis para o avanço da disciplina. Exemplo desse tipo de contribuição são os estudos de Duarte (1986; 1994; 1996; 1993). Tais estudos são de fundamental importância também para o campo da saúde "stricto sensu" porque é nessa fonte que po-

dem e devem se saciar, os que pertencem àquele universo "híbrido" de que fala Latour (1993). Em segundo lugar, situam-se trabalhos que intitularei aqui "estratégicos" utilizando um termo de Bulmer (1987). São, em geral, estudos empreendidos nos cursos de pós-graduação e nos núcleos de pesquisa dos departamentos, escolas e institutos de Medicina Preventiva, Medicina Social e Saúde Pública/ Coletiva. Essas investigações, habitualmente, tomam um tema especifico, articulam-no tanto no âmbito da antropologia como na biomedicina, buscando dar subsídios para a implementação de políticas públicas. Esse objeto "híbrido" parodiando Latour (1993) bebe na fonte da antropologia social, da epidemiologia ou de outras disciplinas do campo da saúde e em geral termina com propostas de ação e atuação. As elaborações que se incluem nesse segundo grupo também trazem vários desafios teóricos-práticos, porque são de total relevância para o campo da saúde pública. É nesses trabalhos que se exercita e se reafirma a possibilidade interdisciplinar e nisso reside uma de suas maiores importâncias, como o mostram autores tais quais Minayo (1993) e Minayo e Cruz Neto (1997). Quando realizada com competência não correm o risco de se tornarem reducionistas e instrumentais, gerando conhecimentos dos quais se beneficiam tanto a antropologia quanto a biomedicina, embora esse conhecimento será sempre diferenciado em relação ao disciplinar. A abordagem estratégica indui uma condição colocada por Carrara (1994) *apud* Mauss (1974), que é a articulação entre natureza e cultura e entre ciência e técnica, vistas como um bloco em que o ser o homem cria e cria-se a si próprio; cria seus meios de viver e seu pensamento inscrito nessas coisas. O locus preferencial desses trabalhos são os cursos de pós-graduação e os centros de investigação em saúde pública/coletiva e de medicina preventiva. Alguns tratam da compreensão de condições de saúde, de atividades dos serviços e outros são destinados à avaliação de relações institucionais e de programas. As abordagens interdisciplinares supõem que os bons trabalhos de antropologia médica ou da saúde não podem dispensar a compreensão intrínseca dos objetos com os quais trabalham para se limitarem à análise discursiva. Pelo contrário, abrangem o universo de coisas e ao mesmo tempo um mundo de idéias sobre elas, ou seja, num "híbrido" real onde, como diz Latour (1993), os cientistas vivem. Neste sentido, a construção dos domínios chamados a cooperar acaba por ir definindo uma disciplina interdisciplinar. Em outras palavras, a interdisciplinaridade só obtém êxito como forma de conhecimento e prática científica, na medida em que a disciplina utilizadora (e igualmente, o sujeito que a pratica) se apropria da disciplina utilizada, passando rigorosamente por dentro de sua problemática. "Isso implica que a colaboração entre duas disciplinas exige a dupla competência e a interdisciplinaridade exige igualmente, a competência nas disciplinas que coloca em colaboração" (Sinaceur, 1977:621). Em relação aos problemas dessa forma de abordagem estratégica e interdisciplinar, tratarei mais à frente, quando falar do universo de atores que circulam em volta dessas práticas teóricas.

Uma terceira categoria de trabalhos que hoje se apresentam no universo da antropologia médica e da saúde se vinculam ao que genericamente se chama aqui "pesquisas operacionais". Tendo em mente as necessidades de intervenção para promoção, prevenção e tratamento da saúde, existe uma demanda clara do setor para as abordagens antropológicas. Muito freqüentemente, as instituições de ação política e assistencial necessitam compreender os significados (ao lado dos significantes) as intencionalidades e o universo simbólico dos diferentes sujeitos com quem devem interagir, de forma a tornar sua atuação mais adequada, eficaz e respeitadora os universos culturais de segmentos e grupos específicos.

Se olharmos com rigor metodológico, poderíamos dizer que, essas investigações se apropriam de forma bastante reduzida e fragmentada dos estudos mais totalizantes da antropologia e dela retiram as técnicas de abordagem e, simplificadamente, os modelos analíticos. Um exemplo desse tipo de utilização é o já popular RAP (Rapid Assessment Procedures) elaborado para a avaliação de programas de saúde por Schrimshaw e por Hurtado (1987) que, de certa forma, vulgariza, direciona e estrutura o método antropológico para objetivos operacionais.

Hoje na área da saúde são inúmeros, incontáveis e proliferantes os trabalhos de cunho operacional e estratégico que empregam a "metodologia qualitativa" Se é verdade que as metodologias qualitativas são domínio comum da sociologia e da antropologia, quando utilizadas na área da saúde, costumam incluir todo o instrumental antropológico do trabalho de campo. Considero que esta é uma das formas que a área da saúde descobriu de se aproximar das abordagens compreensivas, delas se apropriando seja para humanizar a medicina, seja para encontrar respostas ou fazer ainda mais perguntas sobre as crises e dificuldades que o setor atravessa.

Nos meus 12 anos de atividade docente e de pesquisa numa Escola de Saúde Pública (e talvez porque aí o universo dos atores – incluindo os médicos – seja sensivelmente diferenciado e diferencialmente sensível) cada vez me surpreende mais o número de profissionais que investem na compreensão cultural da saúde/doença e de todas as questões que recobrem esse tema mobilizador da economia e da vida social. E muitos o conseguem com grande êxito! Do ponto de vista da efetividade seria um bom tema de pesquisa, o impacto que esta aproximação amorosa tem causado no âmbito das práticas em saúde. Creio que mereceria um estudo de longo alcance e dificilmente conseguiria reunir todas as influências diretas e indiretas de um campo sobre o outro.

Embora os mais ortodoxos poderiam lastimar a vulgarização ou mesmo a banalização provocada pelas dificuldades da interdisciplinaridade que acaba sendo sempre uma articulação de fragmentos, tenho uma hipótese de que os ganhos são maiores que as perdas, embora creia que há perdas e ganhos para ambos os lados.

Do lado das "perdas" há algumas questões mapeadas, por vários antropólogos "básicos". Dentre outras, está o risco que a apropriação de fragmentos disciplinares e metodológicos contém, quando não são analisados os contextos culturais, levando a uma visão parcial dos objetos e das relações. Também se ouve falar muito na submissão colonialista da antropologia em relação à medicina, como já foi mencionado neste trabalho, contemplando várias razões, dentre elas, a hegemonia tecnológica do setor saúde. Gostaria de assinalar uma a que denominarei aqui "a proliferação de discursos transparentes", parafraseando a expressão de Bourdieu "a ilusão da transparência" (1972). Ela se traduz hoje nas análises do material qualitativo nos muitos trabalhos realizados por estudantes e profissionais de saúde, quase sempre de forma indutiva (semi-estruturada) ou diretiva, buscando compreender os significados, tanto de ações como de pensamentos, sentimentos e resistências de grupos populacionais frente a doenças específicas, tratamentos, políticas e relações médico-pacientes. Vários estudos demonstram grande sensibilidade e vão muito além do que seria justo esperar de profissionais de saúde se apropriando do instrumental de outra disciplina. Porém, a maioria deles padece da ilusão da transparência, na medida em que se contentam em classificar discursos, descolados das práticas e contextos que lhes deram origem; e comentar depoimentos dos informantes, tratando-os como a própria verdade. Muitos desses estudos nada mais são do que pesquisas de opinião (realizados sem as temáticas apropriadas para essa modalidade, portanto, mal feitas) fazendo coro com aquilo que Stoufler (1931:154-156) há 68 anos atrás, já criticava nos estudos antropológicos, do seu tempo, para enaltecer a objetividade das pesquisas quantitativas.

Numa tese denominada "An Experimental Comparison of Statistical and a Case History Technique of Attitude Research" defendida na Universidade de Chicago, Stoufler enalteceu a superioridade da estatística, contra as análises qualitativas, consideradas quando muito, estudos heurísticos, pré-científicos, subjetivistas e até reportagens mal feitas.

As perdas do ponto de vista do campo "stricto sensu" da saúde, consiste, a meu ver, na tentação de transformar a medicina num discurso, menosprezando a sua base técnica como de "natureza geral e humana" (Mauss, 1979), como arte prática, que faz o ser humano recriar a natureza. Essa concepção da saúde e da doença como fatos sociais, desconhecendo a base biológica dos fenômenos e a mediação psicológica é o avesso do que geralmente a medicina faz, sendo portanto também reducionista e pobre, e responsável pelo falso dilema que, por vezes, é criado entre a antropologia e o campo da saúde, como pode ser exemplificado nos vários debates, hoje muito presentes, em torno da AIDS. Participamos de um seminário em que um médico imunologista se retirou indignado porque antropólogos e cientistas sociais, em geral, diziam de forma absolutista que AIDS era questão de preconceito, uma construção social, brandindo contra os que defen-

diam o caráter biológico da síndrome, também de forma radical, Ou seja, ambos os lados tinham razão suficiente para estabelecerem um diálogo e nenhuma para continuarem o monólogo ensurdecido.

Outra crítica que geralmente os profissionais de saúde fazem aos antropólogos é quanto a seus ritmos e tempos muito lentos, para as necessidades de um setor que necessita dar respostas urgentes e rápidas. Por fim, o fato de utilizarem uma linguagem que por vezes é demasiado longínqua das tecnologias de intervenção.

Em síntese, eu diria que essa classificação que engloba os estudos básicos, os estudos estratégicos e os estudos operacionais aqui sugerida para visualizarmos as relações entre antropólogos e estudiosos da saúde, pode padecer de reducionismo. Os três cenários nos quais estariam atuando os diferentes atores sob a ótica da Antropologia Médica/da Saúde é flexível, interativo e interfertilizante. Para compreendê-los, porém, é preciso distinguir o universo dos "iniciados" (o primeiro) e os dois últimos onde os próprios profissionais de saúde e investigadores de outros campos disciplinares transitam em busca de interdisciplinaridade e aplicação, criando ao mesmo tempo, uma produção rica e promissora e uma necessidade de problematização dessas relações.

INSEGURANÇAS E DISPERSÕES DE UM CAMPO "ADOLESCENTE"

Referindo-se à antropologia médica da saúde latino-americana, Estrella (1985) comenta que o campo de estudos mais importante na região tem sido o da etnomedicina. Certamente o autor tomou, como base de análise, a produção dos países de língua espanhola, talvez perdendo, na sua referência a pujança de temas e linhas teóricas desenvolvidas no Brasil, desde o final da década de 60, numa crescente ampliação de autores e objetivos específicos.

Em sua revisão Canesqui (1994) elenca um conjunto de temáticas, cuja elaboração vai de 1968 até os dias de hoje, tecendo comentários sobre questões teóricas e metodológicas referentes aos diferentes estudos. Limitar-me-ei a nomeá-las, classificando as linhas de trabalho, incluindo também o mapeamento realizado por Carrara (1994) para o *I Encontro Nacional de Antropologia Médica*, realizado em Salvador, e alguns temas que pude apreender nas minhas investigações e que não estavam incluídos pelos autores. Resumo-os na seguinte lista:

1) Alimentação e Hábitos Alimentares;
2) Sistemas terapêuticos indígenas;
3) Sistemas terapêuticos populares: etiologia, tratamento e cura;
4) Sistemas médicos comparados;
5) Práticas e relações médico/paciente; jurídico-legais;
6) Práticas terapêuticas corporais;
7) Relações entre religião e cura;

8) Concepções de doenças específicas: AIDS, Hanseníase, Parasitárias, Endêmicas;

9) Sexualidade, Reprodução e Gênero;

10) Etnopsiquiatria;

11) Instituições de saúde e instituições psiquiátricas;

12) Desenvolvimento de abordagens interdisciplinares e triangulação de métodos;

13) Avaliação de Políticas e Serviços de Saúde;

14) Cotidiano de doentes vivendo com doenças especificas.

Às observações de ordem conceitual e empírica tecidas por Canesqui (1994) e Carrara (1994), acrescentarei dois comentários analíticos, avançando a partir do ponto onde esses pesquisadores se detiveram.

l) O primeiro, desvendando algumas incongruências, no interior da pujança revelada pela área em questão, Ou seja, esse crescimento que foi se tornando notório nos últimos 20 anos nos autorizaria a pensar numa crescente autonomia de um campo de conhecimento "nativo" capaz de projetar luz sobre o universalismo e as peculiaridades do modo como o pais pensa, sente e atua frente às questões da vida e da morte, da saúde e da doença.

No entanto, isso não aparece nas fontes bibliográficas. A construção de conhecimentos que já se avolumam expressa uma escassa leitura de nossos pares nacionais (estejam eles na universidade ou nos institutos de pesquisa). Mesmo quando investigando temas semelhantes, a bibliografia citada é estrangeira, denotando, a meu ver, uma certa desconfiança dessa produção nacional. Ou seja, a relação é centrifugada pelas referências internacionais, tornando a comunicação entre os investigadores brasileiros um monólogo acadêmico surdo, em relação a seus colegas brasileiros.

Para tornar mais patente essa constatação, darei um exemplo, utilizando o recente livro *Saúde-Doença: um olhar antropológico* (Alves e Minayo, 1994) que se inicia com a citada revisão bibliográfica, onde Canesqui (1994) referencia 50 autores brasileiros. Pois bem, os 12 artigos seguintes que compõem o livro, no seu conjunto, fazem apenas 18 referências a autores nacionais, num total de 130 citações, realizadas no decorrer do livro. Ou seja, 86% são menções a obras de estrangeiros e 14% às de brasileiros. Há textos (e vários) em que o único autor nacional citado é o próprio assinante do trabalho. Como curiosidade a ser notada, há um artigo cujo autor se debruça sobre o programa do *I Encontro Nacional de Antropologia Médica* enquanto objeto de análise, apresentando importantes e brilhantes considerações sobre os temas lá tratados, sem citar um pesquisador do pais, nem os presentes ao seminário. Vale-se, ao contrário, de autores estrangeiros (vários clássicos) para elaborar sua abordagem critica, não fugindo à regra acima citada. Tentei analisar duas outras coletâneas ainda em prelo.

Numa delas quase toda composta por trabalhos de pós-graduandos em Antropologia, o percentual de citações de obras nacionais é de 58%. Na outra, que reúne os autores de maior renome no tema do país, a proporção é de 39% em relação às 61% de referência internacional. Procurei entender o aumento de citações de investigadores brasileiros por estudantes de pós-graduação como um sinal de que a segunda ou terceira geração de antropólogos da saúde já terão uma visão mais nítida do pensamento nacional.

Buscando interpretar o ponto em discussão, tendo a pensar que essa dificuldade de interação interpares pode ser indicio da falta de obras e autores vigorosos e de referência, capazes de nortear leituras, análise e propostas. Mas, não poderá significar também uma certa dependência "adolescente" ou talvez colonialista em relação à antropologia gerada nos centros "desenvolvidos"? Talvez o local de formação dos nossos PhDs seria um fator importante para explicar essa ligação umbilical, que julguei necessário explicitar para se processar uma proposta de superação. Ou seja, numa disciplina em que o país é reconhecido pela sua competência, é necessário rever o crédito que seus intelectuais lhe dão.

Em outras áreas da saúde como as de epidemiologia e de políticas públicas (é uma hipótese) talvez essa síndrome de dependência seja menor. No primeiro caso, graças ao vigor e à maturidade da disciplina. No segundo, porque o próprio objeto exige referência a fontes nacionais. No entanto, também em relação a elas seria importante proceder a uma análise crítica sobre esse assunto em particular. Quero deixar claro que não nutro nenhuma visão xenófoba e que, antes de tudo entendo o campo científico, embora conflitivo, também, marcado pela universalidade. Quis apenas fazer um exercício que nos alertasse sobre a forma como estamos expressando ou não nossas potencialidades.

2) Uma segunda questão que julgo pertinente levantar, diz respeito á aleatoriedade dos temas investigados, chamando atenção em pelo menos dois sentidos: o da forma com que são gerados e o de sua adequação em relação às necessidades de saúde da população brasileira. Certamente esse item da discussão merecerá reparo e crítica de muitos estudiosos que consideram a liberdade de cátedra e de investigação, causa pétrea e condição "sine qua non" do progresso da ciência.

Acreditar nessa lei seria ir contra todas as teorias sociológicas críticas mencionadas na introdução deste trabalho, desde Kuhn (1970); Bourdieu (1975); Latour (1978) e Knorr-Cetina (1981). Defendo que a liberdade de cátedra possa ser confrontada com alguns princípios dentre os quais, a necessária responsabilização "accountability" dos investigadores numa área tão sensível, tão problemática e tão crucial para a sociedade, como a saúde. Teoricamente parece verdade que, se o indivíduo escolhe livremente seu objeto, seus métodos e seus caminhos, produz melhor. Porém, na prática está comprovado que o "campo científico" está carregado de interesses (sobretudo aos de financiamento e de

prestígio) na escolha dos investimentos temáticos. Portanto, além do interesse individual e dos estímulos econômicos é importante buscar uma certa organização temática que exija atenção e prioridade acadêmica. Não estou, necessariamente defendendo uma ciência engajada, e sim uma sintonia entre a antropologia e as questões mais relevantes para a população, o sistema e a política sanitária.

Sendo assim, resumo, dizendo que é preciso distinguir e diferenciar os diversos lugares e papéis da antropologia no campo da saúde, valorizando-os e mantendo sobre eles uma crítica construtiva. Do ponto de vista da antropologia enquanto ciência básica, a escolha dos objetos é normatizada, preferencialmente, pelos cânones dessa ciência e pelas escolhas acadêmicas. Não diria o mesmo para as atividades que se exercem no campo específico do setor saúde. Aí há que se preservar *duas tensões salutares*. Ou seja a que se estabelece entre a pesquisa teórica-básica sem compromisso imediato com a realidade e a pesquisa estratégica e operacional voltada para formulação, acompanhamento e avaliação de políticas e solução de problemas.

A segunda tensão seria entre a disciplinaridade que leva a aprofundar o lugar, o papel e a contribuição da antropologia na sua incursão no setor saúde, e a interdisciplinaridade que significa sua interface com as outras disciplinas, como a epidemiologia, a engenharia sanitária, o planejamento e outras. São tensões a que a antropologia não pode e não deve fugir sob risco de se isolar num nicho de prepotência sempre olhando o "outro" como objeto e diferente, num caso; ou no limite contrário, tornando-se apenas uma "ferramenta instrumental" para facilitar culturalmente a intervenção da medicina e da saúde pública. Esse estar entre nossos "*ora concorrentes, ora aliados, ora objetos, ora interlocutores*" (Carrara, 1994, 37) se não facilita nada o diálogo, evidência possibilidades de exercício cooperativo, interdisciplinar, vôos transdisciplinares, e permite a interfertilização e a criação, no campo da cultura e do pensamento, de objetos híbridos bem típicos do mundo de coisas e de idéias no qual os cientistas vivem. Além dessa contribuição epistemológica que também deve ser contada no investimento histórico da antropologia no setor saúde, é preciso ressaltar sua colaboração para introduzir a lógica das populações como elemento fundamental no planejamento, na atenção médica e nos programas de promoção e prevenção.

CONCLUSÕES

Mais que conclusões, resumirei as reflexões aqui expostas em alguns itens:

1) Em primeiro lugar, é relevante assinalar o crescente desenvolvimento e as tendências de aprofundamento da antropologia médica/de saúde no Brasil;

2) Da mesma forma, a reflexão aponta para um campo ainda "adolescente", em fase de afirmação de identidade, debatendo-se entre a dependência do desenvolvimento teórico-conceitual e metodológico estrangeiro e o já razoável acúmulo

de conhecimentos gerados no país. De qualquer forma pesa ainda muito a situação de dependência;

3) Existe uma dispersão temática, compreensível e compatível com o estado da arte, ao sabor dos financiamentos e das escolhas individuais. Essa situação exige do conjunto de atores, uma ação mais sistemática frente ao quadro de necessidades de saúde do país, para repensar as contribuições que a antropologia pode dar para compreendê-las, de um lado, e de outro, para estar presente nas atividades voltadas a solucionar problemas;

4) É fundamental cultivar, de forma refletida e orientada, a partir de análises coletivas, uma salutar tensão entre a investigação teórica, a estratégica e o operacional; e entre a disciplinaridade capaz de fortalecer essa área específica e o diálogo interdisciplinar com os outros saberes que se colocam na parceria exercida no complexo campo da saúde;

5) É crucial investir cada vez mais e melhor no terreno profícuo da formação dos profissionais de saúde para a utilização da abordagem antropológica, sobretudo no manejo das metodologias de análise de contextos, linguagens e conceitos;

6) Por fim, mas não menos importante, a sub-área terá que investir na sua nomeação. Independentemente do tributo merecido a tradições americana, francesa ou inglesa, com quem necessita manter profunda interação, parece-me que a produção brasileira estaria nos apontando, na prática, para a formação de um campo de Antropologia da Saúde. Este é meu anseio e minha preferência em relação ao debate inacabado, sobre a construção da identidade.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. e M. C. S. MINAYO. (1994) *Saúde e doença: Um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ.

BOURDIEU, P. (1972). *Ésquisse d'une théorie de la pratique*. Paris: Librairie Droz.

BOURDIEU, P. (1975). The specificity of the scientific field and the social conditions of the progress of reason. *Social Science Information*, 14, n° 6, pp.304-317.

BOLTANSKI, C. (1979). *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Editora Graal.

BULMER, M. (1987). *Research methods in social policy*. Londres: Oxford University Press.

CAMMAROFF, J. (1978). Medicine and culture: some anthropological perspectives. *Social Science and Medicine*, 12 B:247-254.

CANESQUI, A. M. (1994). Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In P. C. Alves & M. C. S. Minayo (Orgs.), *Saúde e doença: um olhar antropológico*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ. pp. 13-32.

CARRARA, S. (1994). Entre cientistas e bruxos: ensaio sobre dilemas e perspectivas de análise antropológica da doença. In: P. C. Alves & M. C. S. Minayo (Orgs.), *Saúde e doença: um olhar antropológico:* Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, pp. 33-46.

DUARTE, L. F. (1986). *Da vida nervosa na classe trabalhadora.* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

DUARTE, L. F. (1994). A outra saúde: mental, psicossocial, físico-moral? In P. C. Alves & M.C.S. Minayo (orgs.), *Saúde e doença: um olhar antropológico.* Rio de Janeiro: Ed. FIOCRUZ.

DUARTE, L. F. (1996). Distanciamento, reflexividade e interiorização da pessoa no ocidente. A propósito de "La Soufrance à Distance. Morale Humanitaire, Médias et Politique de Boltanski". *Mana. Estudos da Antropologia Social,* 3 (1).

DUARTE, L. F. (1993). Os nervos e a antropologia médica americana: uma revisão crítica. *Physis.* Rio de Janeiro: 3 (2).

ESTRELLA, E. (1985). A contribuição da antropologia à pesquisa em saúde. In Everardo Dias e J. C. Garcia (Orgs), *As ciências sociais em saúde na América Latina.* Washington: OPAS. pp. 159-173.

EVANS-PRITCHARD, E. E. (1978). *Bruxaria, oráculos e magia entre os Azande.* Rio de Janeiro: Zahar Ed.

FIRTH, R. (1978). Social anthropology and medicine: a personal perspective. *Social Science and Medicine,* 12 B:237-245.

FORTES, M. (1976). Foreword. In L.J.B. (org), *Social anthropology and medicine.* Londres: London Academic Press.

FOSTER, G. M. (1977). Medical anthropology and international health planning. *Social Science and Medicine,* 11. pp. 527-534.

FOSTER, G. M. & ANDERSON, P. (1978). *Medical anthropology.* New York: Willey.

FOUCAULT. M. (1972). *La arqueologia del saber.* México: Siglo XXI. (2a ed.)

FRANKENBERG, R. (1980). Medical anthropology and development: a theoretical perspective. *Social Science and Medicine,* B 14:197-207.

HABERMAS, H. (1988). *La acción comunicativa.* Barcelona: Ed. Allianza.

HERZLICH, C. e AUGÉ, M. (1984). *Le sens du mal. Anthropologia, historie et sociologie de la santé.* Paris: Éd. de Archives Contemporaines.

HERZLICH, C. e AUGÉ, M. (1983). *Santé et maladie: Analyse d'une réprésentation sociale.* Paris: Éd. De Archives Contemporaines

KLEINMAN, A. (1978). Concepts and model for the comparison of medical systems and cultural systems. *Social Science and Medicine,* B 12:85-93.

KLEINMAN, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture.* Berckeley: University of California Press.

KNORR-CETINA, K. (1981). *The manufacture of knowledge. An essay on the construtivist and contextual nature of science*. Oxford: Pergamon Press.

KUHN, T. (1970). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: The University of Chicago Press.

LAPLATINE, F. (1986). *Antropologia da doença*. São Paulo: Martins Fontes.

LATOUR, B. (1993). *Nunca fomos tão modernos*. Rio de Janeiro: Ed. 34.

LÉVY-STRAUSS, C. (1970). *Antropologia estrutural*, V. I. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, pp. 183-254.

LÉVY-STRAUSS, C. (1976). *O pensamento selvagem*. São Paulo: Ed. Companhia das Letras.

LOYOLA, M. A. R. (1977). *Medicina popular e sistema paralelo de saúde*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ, Relatório de Pesquisa, Mimeo.

MAUSS, M. (1974). *Sociologia e antropologia*. São Paulo: EDUSP.

MAUSS, M. (1979). *Antropologia*. São Paulo: Ática.

MINAYO, M. C. S. (1992). *O desafio do conhecimento*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO.

MINAYO, M. C. S. e CRUZ NETO, (1997). *A triangulação de métodos na avaliação de serviços de saúde*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ. (Mimeo.)

NUNES, E. D. (1985). *As ciências sociais em saúde na América Latina*. Washington: OPAS, pp. 159-173.

OLIVEIRA, E. R. (1983). *Doença, Cura e Benzedura: Um estudo sobre o ofício da benzedeira em Campinas*. Dissertação de Mestrado, IFCH/UNICAMP, Mimeo.

ROSEMBERG, C. E. (1988). Disease and social order in America: perceptions and expectations. In *AIDS: The burdens of history*. Berckley: University of California Press, pp. 25-34.

SINACEUR, M. A. (1977). Qu'est ce que l'interdisciplinarité. *Rev. Inte. Sci. Soci.*, 29:617-626.

STOUFFER, S. (1931). An experimental comparison of a statistical and case history technique of attitude research. Publications of *American Sociological Society*, 25:154-166.

TURNER, V. (1967). *The forest of symbols*. Ithaca: Cornell University Press.

TURNER, V. (1969). *The ritual process*. Chicago: Aldine.

WHITE, K. (1991). The sociology of health and illness. *Current Sociology*, 39(2): 2-12.

YOUNG, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual Review of Anthropology*. 11:257-285.

EPIDEMIOLOGIA E ANTROPOLOGIA MÉDICA: A POSSÍVEL IN(TER)DISCIPLINARIDADE

Gil Sevalho
Luís David Castiel

INTRODUÇÃO

A perspectiva da interdisciplinaridade ou de uma colaboração complementar entre disciplinas científicas com áreas de atuação contíguas ou convergentes, ou com regiões de superposição, aparece como uma necessidade nestes tempos em que a complexidade como modo de pensar o conhecimento é reconhecida (Morin, 1991; Santos, 1995). Tal empresa, contudo, não é simples, exigindo desde a evidente disposição inicial dos pesquisadores até uma readequação de vocabulários específicos e uma combinação de técnicas e métodos de investigação, que podem mesmo gerar transformações importantes no âmbito das disciplinas envolvidas. Transformações que Japiassu (1976), em seu estudo filosófico sobre a interdisciplinaridade, chama de *"comunicações"*, e que ocorrem nos corpos sociais de tais disciplinas, em suas estruturas.

Em outras palavras, interdisciplinaridade pode ser definida de distintos modos, com inevitáveis pontos de contato: a) utilização de enfoques variados para abordar o mesmo objeto; b) sistema organizado para transferência de métodos (quantitativos<~>qualitativos); c) resposta complexa/compósita a interrogações sobre o real-concreto; d) reunião progressiva e integrada de sistemas conceituais; e) elaboração de um corpo conceitual unificado resultante da fusão das disciplinas (tal integração quando totalizada levaria à introdução da idéia de transdisciplinaridade) (Faure, 1992).

No entender de Japiassu (1976: 82), a interdisciplinaridade se apresenta como um movimento composto. Primeiro aparece como uma prática individual, *"uma atitude de espírito, feita de curiosidade, de abertura, de sentido da descoberta, de desejo de enriquecer-se com novos enfoques, de gosto pelas combinações de perspectivas e de convicção levando ao desejo de superar caminhos já batidos"*, e depois, num segundo momento, surge como uma prática coletiva pautada pela abertura ao diálogo no trabalho em equipe, sendo dependente da capacidade técnica dos pesquisadores envolvidos em lidar com as questões inerentes à interdisciplinaridade.

Aqui, neste texto, diante dos problemas ensejados pela interdisciplinaridade, nossa abordagem se pretende *indisciplinar*[1] (porém, de acordo com Soares [1994], com todo o rigor da indisciplina...), pois os tempos que vivemos são de perplexidade no campo das demarcações disciplinares e das correspondentes estruturas normativo-paradigmáticas que referenciam nossas proposições de conhecimento.

Longe de ser, tão-somente, um jogo de palavras, esta idéia serve, por um lado, para contornar alguns problemas, como por exemplo:

• obstáculos institucionais: as instituições não foram concebidas para esta finalidade. Nestas circunstâncias, a interdisciplinaridade pode ser relacionada, de fato, à indisciplina, isto é, uma subversão às normas de funcionamento vigentes.

• obstáculos intelectuais: movimentar-se entre disciplinas pode gerar problemas de legitimidade diante das regras de conformidade a cada uma delas, podendo atrair imputações de contaminações filosóficas e/ ou ideológicas (Faure, 1992).

• dificuldades teórico-metodológicas: mais especificamente, os problemas de transposição dos vocabulários (por extensão, dos conceitos) e métodos de um campo disciplinar para outro (Moles, 1995).

Conforme Moles (1995), é possível compreender a atividade científica acabada, constituída, como disciplinar (e disciplinada) – de maneira a permitir a catalogação para posteriores revisões bibliográficas sobre o (cada vez mais evanescente) *estado da arte* de determinado tópico de pesquisa. Assim, teremos enormes pilhas de publicações como um dos produtos do afazer científico (e, mais modernamente, os grandes bancos de dados da produção indexada como, por exemplo, o *Medline*, no campo biomédico). No caso da ciência *sendo feita*, contudo, pode-se pensar no campo caleidoscópico de possibilidades que se descortinam e se modificam no decorrer do processo, no qual os contornos dos tópicos de estudo ainda não estão bem delimitados e as categorias *verdade* e *falsidade* ainda não podem ser definidas satisfatoriamente. Em suma, o momento *indisciplinado* da produção científica.

Além do que, é importante assumir a imprecisão[2] como característica do campo das ciências humanas e sociais. Ou, dizendo de outra forma, deve-se assumir a inexatidão, sem com isto endossar juízos de valor que, ao estabelecerem as disciplinas ditas exatas (*"hard"*) como padrão de referência, passam a considerar as que não atingem os critérios de cientificidade destas como, quando muito, ciências menores, *moles* (*"soft"*)[3].

Quanto ao adoecer humano, é inevitável encará-lo como um objeto de estudo indisciplinado, que resiste a nossas tentativas disciplinares de enquadramento. Somente assim, acreditamos ser possível transitar por doenças (*diseases*) nas populações e moléstias (*illnesses*) e suas representações nos grupos sócio-cultu-

rais, assumindo os riscos de nos perdermos[4] pelos (des)caminhos indisciplinares, em busca de compreensão para intervenções menos insatisfatórias do que as prevalecentes no campo biomédico-epidemiológico atual.

No âmbito da saúde coletiva, a questão da interdisciplinaridade tem sido objeto de discussão (Minayo, 1991; Nunes, s/d). Para Nunes (s/d: 6), no que diz respeito à saúde, *"a busca de ações integradas na prestação de serviços, ou a associação da docência e serviço, ou a questão da interface entre o biológico e o social passa pelo campo genericamente denominado de relações interdisciplinares"*. E, neste contexto, cada vez mais têm surgido ações ou propostas de atuação conjunta congregando a epidemiologia e a antropologia médica. Ações ou propostas estas em cujo núcleo estão plantadas as relações entre a cultura e o adoecer das populações humanas.

Ocorre, no entanto, que, se por um lado a apreciação dos aspectos culturais envolvidos no adoecer humano possibilita certamente uma análise mais profunda das situações estudadas, por outro lado, a existência de certas diferenças entre a epidemiologia e a antropologia pode representar obstáculos a uma cooperação mútua.

Considerar a atuação conjunta destas disciplinas, pensá-la sob a ótica crítica da epidemiologia, acompanhar a história desta atuação, analisar os pontos de contato e afastamento destas disciplinas, são os objetivos deste texto.

NOTAS HISTÓRICAS SOBRE A COLABORAÇÃO ENTRE A EPIDEMIOLOGIA E A ANTROPOLOGIA

Segundo Trostle (1986a), a epidemiologia e a antropologia aproximaram-se entre si quando da fundação de ambas no século XIX, no bojo de três correntes do pensamento epidemiológico de então, que consideraram os aspectos sociais, comportamentais e culturais envolvidos na questão saúde-doença. Foi quando, no contexto de uma história pouco explorada, como afirma o autor citado, conviveram uma *"epidemiologia biológica/parasitológica"*, voltada para as relações entre o comportamento humano e a biologia dos agentes etiológicos, uma *"epidemiologia sociológica"*, que enfatizava os aspectos políticos e econômicos com repercussões sobre a saúde humana, e uma *"epidemiologia histórica ou geográfica"*, centrada nas características temporais e espaciais das doenças. Ao considerar estes movimentos dos anos 1800, o autor citado identifica elementos antropológicos nos estudos de Peter Panum sobre o sarampo nas ilhas Faroe, nas investigações de John Snow sobre a cólera em Londres, nos trabalhos e registros estatísticos sobre a Inglaterra e Gales produzidos por William Farr, nos trabalhos médico-sociais de Rudolf Virchow, nas pesquisas sociológicas sobre suicídio realizadas por Emile Dürkheim e na geografia médica de August Hirsh, o primeiro a utilizar a expressão *antropologia médica*, como esclarece Trostle.

Trata-se esta, no entanto, como sublinha Trostle (1986a), de uma taxonomia que admite superposições. Vale o esclarecimento, pois será sempre difícil perceber autores de concepções tão diferentes como Snow e Farr alinhados em uma *"epidemiologia biológica/parasitológica"*, ou Virchow e Dürkheim albergados lado a lado em uma *"epidemiologia sociológica"*. De qualquer modo, tal discussão não elimina o esforço de mapeamento histórico desenvolvido pelo autor.

Posteriormente, com o advento da microbiologia no último terço do século XIX e a concentração das pesquisas epidemiológicas na etiologia biológica específica, o interesse pelos fatores sociais envolvidos na causalidade das doenças diminuiu e só retornou nas décadas de 1920 e 1930. Com o surgimento das doenças não infecciosas enquanto doenças de massa e o concurso de uma epidemiologia destas doenças e de uma *"medicina comunitária"*, forjadas ambas na perspectiva da causalidade múltipla, a pesquisa dos efeitos da cultura e da sociedade sobre a saúde foi revitalizada (Trostle, 1986b).

No entender de Trostle (1986b), porém, esta revitalização não teve o caráter político revolucionário das propostas e idéias contidas nos trabalhos de Friedrich Engels, sobre as condições de saúde dos trabalhadores ingleses dos anos 1800, e de Rudolf Virchow. Nesta fase, a tônica dos trabalhos e pesquisas se aproximaram muito mais das idéias reformistas de base atuarial-previdenciária nos moldes do pensamento de Edwin Chadwick, por exemplo.

Para Dunn & Janes (1986), as colaborações entre a epidemiologia e a antropologia se iniciaram, mais recentemente, por volta de 1950, principalmente em duas áreas: a da epidemiologia psiquiátrica e a das pesquisas epidemiológicas de doenças infecciosas em sociedades tradicionais em países pobres. Tendo, posteriormente, estas colaborações se dirigido em maior escala para a área das doenças crônicas não infecciosas.

Trostle (1986b) releva na história da colaboração entre a epidemiologia e a antropologia, a experiência do projeto *Polela*, desenvolvido na África do Sul nas décadas de 1940 e 1950. No *Polela*, foram desenvolvidos os trabalhos de Sidney e Emily Kark e de John Cassel, na perspectiva de uma *"epidemiologia social"* (*norte-americana*, é bom frisar aqui para diferenciá-la da *epidemiologia social latino-americana* de autores como o equatoriano Jaime Breilh [1988], de cunho marcadamente marxista). Os trabalhos dos Karks e de Cassel resultaram, em 1945, na fundação do *Institute of Family and Community Health*, instituição que seguiu uma linha de ação multidisciplinar voltada para a promoção da saúde comunitária, atuando junto aos líderes tribais sul-africanos. Nos anos 1950, com as reações ao projeto *Polela* movidas pelo governo racista da África do Sul, os Karks e John Cassel emigraram para os Estados Unidos e, a partir do Departamento de Epidemiologia da *University of North Carolina*, em *Chapel Hill*, irradiaram suas idéias e seus trabalhos internacionalmente.

Nas décadas de 1960 e 1970, John Cassel tornou-se um dos grandes nomes da epidemiologia moderna, discutindo o envolvimento do cultural e do social no adoecer humano e publicando trabalhos onde investigava a contribuição das ciências sociais para a epidemiologia (1964), o processo psicossocial e o estresse (1974) e a influência do meio social na resistência do hospedeiro (1976).

Deve ser anotado que tanto Trostle (1986b) quanto Nations (1986) citam, como pioneiro na história do trabalho conjunto da epidemiologia e da antropologia, o artigo de A. C. Fleck & F. J. A. Ianni intitulado *"Epidemiology and Anthropology: some suggested affinities in theory and method"*, de 1958. O artigo não alcançou reconhecimento na época de sua publicação, como explica o citado Trostle, e apresentou como um dos eixos de discussão a questão da causalidade múltipla.

Para a expressiva produção de trabalhos enfocando ou sugerindo abordagens reunindo a epidemiologia e a antropologia em meados dos 1900, Trostle (1986b) aponta algumas possíveis causas, como o crescimento do interesse de ambas as disciplinas no aumento da mobilidade social das populações humanas, o ressurgimento das considerações sobre o comportamento humano enquanto elemento envolvido na questão saúde-doença e o provimento de recursos financeiros para as pesquisas contemplando estas abordagens.

Iniciativas como projetos de intervenção e trabalhos posteriores do Departamento de Epidemiologia da *University of North Carolina, Chapel Hill*, foram, contudo, sempre marginais diante dos grupos de poder, afirma Trostle (1986b). Envolvendo populações pobres, estiveram fadadas à extinção ou ao aniquilamento pelos cortes de recursos, apesar do sucesso, do seu êxito técnico.

Mais recentemente, nos anos 1970 e 1980, o interesse das agências internacionais de financiamento pela atuação conjunta da epidemiologia e da antropologia vem acompanhando o desenvolvimento de campanhas de vacinação e ações de controle de algumas endemias, através de programas *"transdisciplinares"* (Nations, 1986). Um interesse que surgiu com a relativização do sucesso destas ações, atribuída muitas vezes ao seu descolamento cultural, ao desconhecimento das representações de saúde e doença locais e, consequentemente, das próprias repercussões deste tipo de atitude no resultado das ações (Uchôa & Vidal, 1994).

Além disso, é fato conhecido que a ocorrência da pandemia de AIDS, tragédia extrema de nossos dias, tem requerido cada vez mais o concurso de intervenções e pesquisas interdisciplinares para o seu estudo e controle.

No fechamento desta abordagem histórica, fica a impressão de que um ponto de vista que considere a importância dos comportamentos, dos hábitos e costumes e a utilização de elementos culturais no contexto em que se dá o enfrentamento da doença humana, nos levará à perspectiva de um trabalho conjunto entre epidemiologia e antropologia. Ainda que estas empresas conjuntas possam albergar concepções distintas sobre a natureza do *social* e do *indivíduo* envolvidos,

bem como sobre as formas deste envolvimento. Afinal, antropólogos são vários e têm lá suas diferentes *visões de mundo* e propósitos, e epidemiologistas também. Ambas as disciplinas admitem perspectivas diversas no tratamento dos seus respectivos objetos, operando conceitos segundo diferentes pressupostos.

A QUESTÃO DA CULTURA: PONTO DE CONTATO ENTRE A EPIDEMIOLOGIA E A ANTROPOLOGIA?

Para Geertz (1989: 14, 15, 24, 40), todo o estudo da antropologia surgiu *"em torno do conceito de cultura"*, conceito que a disciplina tem *"se preocupado cada vez mais em limitar, especificar, enfocar e conter"*, buscando uma *"dimensão justa"* de abordagem. Na perspectiva do autor citado, o conceito de cultura é *"essencialmente semiótico"* e está relacionado às *"dimensões simbólicas da ação social"*. Aos *"sistemas entrelaçados de signos interpretáveis"*, de símbolos que permitem aos indivíduos e aos grupos sociais a interpretação e a orientação de suas ações e que lhes proporcionam uma identidade social.

Geertz (1989: 15) assume a antropologia, portanto, *"não como uma ciência experimental em busca de leis, mas como uma ciência interpretativa, à procura de significados"*.

A cultura embebe tanto as representações de saúde e doença quanto as representações terapêuticas (Helman, 1994). Ao conceito de cultura, portanto, na antropologia médica, são pertinentes as formas sociais de expressão da doença, os modos de prevenção e enfrentamento da doença, e a escolha dos meios de tratamento. Além do que, os hábitos, costumes e crenças que participam da vida humana, das formas de se viver, orientam certas práticas alimentares e religiosas, certos padrões de organização familiar e comportamentos que interferem positiva ou negativamente na saúde.

A epidemiologia, por sua vez, persegue o experimento e o artifício da quantificação, e tem sido definida como o estudo da distribuição da doença e de seus determinantes em populações humanas. Embora a base de certos conceitos que a integram, como os de endemia e epidemia, tenha sido estabelecida pela medicina grega hipocrática, nos séculos V e IV a.C., em referência às doenças que habitam um lugar e às que o visitam, a epidemiologia precisava da estatística e da clínica para contar e medir a ocorrência das doenças nas populações humanas.

A estatística apareceu com a necessidade dos Estados nacionais mercantilistas do século XVII de contarem suas populações para mensurar suas riquezas e seu potencial bélico. E a clínica médica, com sua base classificatória pautada na combinação de sintomas, sinais e localizações anatômicas, como revelou Foucault (1977), nasceu entre os séculos XVIII e XIX, dentro dos hospitais já transformados em recursos terapêuticos e educacionais pelos revolucionários franceses. Uma

base classificatória à qual o saber clínico agregou posteriormente, no decorrer do século XIX, os critérios de mensuração estatística de *normal* e *patológico* da fisiologia de Claude Bernard (Canguilhem, 1990).

Pensar desta forma a epidemiologia não é, no entanto, desconhecer a sua formação histórica própria enquanto disciplina do coletivo, fundamentada nos movimentos médico-sociais do século XIX. As características que devem distinguí-la da clínica em função do modo como seu objeto deve ser percebido neste coletivo das populações humanas, do modo como, no entender de Ayres (1993), deve ser apreendida a *substância social* do seu objeto.

Inicialmente voltada para as doenças infecciosas (Frost, 1941), a epidemiologia incorporou as doenças não-infecciosas (MacMahon *et al.*, 1965), enquanto as novas doenças de massa características do envelhecimento populacional do século XX, e, posteriormente, a avaliação de serviços e tecnologias de saúde (Acheson, 1975) e os agravos resultantes das diversas formas de violência.

Como aponta Almeida Filho (1989: 19, 20), para estudar estas ocorrências, o *"raciocínio epidemiológico"* acompanha a ciência moderna, e *"traduz a lógica causal em termos probabilísticos (...) adotando e desenvolvendo o* método observacional *aplicado à pesquisa em populações* (grifos no original)". Assim, segundo o autor, o termo *"observacional"* caracteriza a estratégia comparativa da disciplina e o termo *"probabilístico"* a sua disposição quantitativa.

Na busca de uma relação causal a epidemiologia procura associações estatísticas entre os possíveis fatores determinantes e a ocorrência de doenças em populações humanas. Fatores biológicos próprios das doenças são combinados a outros determinantes que podem estar entre as características individuais dos membros das populações estudadas, como sexo e idade, características sócio-econômicas, como renda e profissão, geográficas, relacionadas às formas de ocupação do espaço, e outras ligadas à cultura, aos hábitos e comportamentos.

Para compor este processo de investigação, foi modelada na década de 1950 a idéia probabilística de *risco*. Termo que passou a adjetivar os fatores determinantes, denominados a partir de então de *fatores de risco*.

O objetivo da disciplina, em linguagem estatística, é investigar comparativamente a *distribuição* destes fatores na população, identificando também os indivíduos doentes. As associações estatísticas encontradas fundamentarão a provável determinação da ocorrência da doença, orientando, então, a aplicação de medidas para controlá-la.

Assim, em sua pretensão de controle, a epidemiologia tem como *"compromisso fundamental (...) a produção de conhecimento em si"* sobre *"padrões de distribuição da ocorrência de doenças em populações"*. Algo que, por si só, já admite o seu envolvimento com um *social*, expresso na ambição de lidar com populações humanas. E é nesta perspectiva de conhecer antes para, então, con-

trolar, que se insere a intenção de prever. Uma intenção que, num sentido mais amplo, é parte fundamental do projeto científico moderno como um todo.

O que deve ser examinado, então, em relação à epidemiologia, é a consistência entre a pretensão de controlar e prever ocorrências e a forma como se estrutura diante do projeto de investigar o adoecer das populações humanas. E, mais especificamente, como ocorreria a assimilação dos aspectos culturais e a compreensão de suas relações com o adoecer humano, na perspectiva de uma atuação interdisciplinar com a antropologia. Sendo necessário, para isto, reavaliar o propósito básico da epidemiologia moderna, qual seja o de estabelecer leis universais quanto às relações entre exposições e doença, baseadas em estudos de base amostral/probabilística, independentes do contexto em que estas relações se dão.

Aliás, diversos representantes da epidemiologia anglo-saxônica começam a admitir as limitações da abordagem desta disciplina diante da profusão de estudos inconclusivos para o estabelecimento de fatores de risco de doenças a determinadas exposições. Os comitês editoriais de publicações médicas importantes, como o *Lancet* e o *New England Journal of Medicine*, começam a discutir critérios que envolvem, além de aspectos de rigor metodológico, os resultados obtidos – a magnitude do risco relativo encontrado (acima de três ou quatro) – para justificar a publicação do trabalho. Argumenta-se que os problemas de controle de erros sistemáticos (vieses) e *confounding* (variáveis de confusão ou confundimento) muitas vezes, incontornáveis. E, mesmo quando não parecem haver falhas a este respeito, os achados devem ser muito significativos para serem divulgados (Taubes, 1995). Parece, assim, que na impossibilidade de uma contextualização social consistente no estudo dos estados de saúde nas populações, a epidemiologia preocupa-se cada vez mais em apurar seus métodos de desenho, análise e interpretação através de um controle rigoroso de erros.

O modelo implícito nesta proposta mencionada parece muito mais o de uma *toxicologia humana* que o de uma *eco-antropo-biologia humana* (como diria Edgar Morin), que procuraria compreender o adoecer coletivo humano numa perspectiva complexa. Um questionamento pertinente diante de tal proposta é apresentado por Wing (1994: 74) ao discutir estudos epidemiológicos referentes à dose-resposta entre radiação e câncer, quando afirma, ao nosso ver, com razão, que as *"relações exposição-doença não são fenômenos auto-contidos, homogêneos ou independentes (...)"*, e, assim, *"constituem-se em objetos inadequados da ciência epidemiológica"*.

PONTOS DE AFASTAMENTO ENTRE A EPIDEMIOLOGIA E A ANTROPOLOGIA: "ESSA DANADA DA MOLESTA"

De maneira geral, podem ser encontradas concordâncias, ainda que não completas, sobre os pontos de afastamento entre a epidemiologia e a antropologia

(Dunn & Janes, 1986; Nations, 1986; Lupton, 1993; Shiller *et al*, 1994; Uchôa & Vidal, 1994; Inhorn, 1995).

Considerando com primazia a epidemiologia, dois destes pontos de afastamento parecem ser os principais. Um diria respeito à natureza quantitativa da pesquisa epidemiológica, que suportaria a dicotomia quantidade/qualidade em relação à natureza qualitativa da pesquisa antropológica. Outro seria a visão epidemiológica da doença humana, que privilegia a taxonomia clínica, da biomedicina ocidental por excelência – *diseases,* e despreza as representações, o ponto de vista do paciente – *illnesses*, e da ordem sócio-cultural – *sicknesses,* domínios dos aspectos simbólicos privilegiados pela antropologia, onde residiria a singularidade mais rica dos indivíduos e das culturas.

Vale salientar que a perspectiva clínico-epidemiológica constrói o fenômeno dito *doença* a partir de modelos de raciocínio causal baseados em uma evolução de eventos onde os elementos semiológicos (respectivos sinais e sintomas) são decorrentes de uma entidade nosográfica, que surgiu a partir de processos considerados patogênicos, em função de uma etiologia (Rizzi & Pedersen, 1992). O diagnóstico clínico, no entanto, conforme as circunstâncias, não consegue estabelecer satisfatoriamente todos estes níveis, e com isto a própria definição diagnóstica fica determinada por tais contingências. Há situações em que é possível delimitar a etiologia (na meningite meningocócica); em outras, parte-se dos mecanismos patogênicos (no saturnismo); ou, tão-somente, é viável pensar em termos manifestacionais (na doença hipertensiva).

A taxonomia clínico-epidemiológica tende a ser monotética, ou seja, baseia-se na lógica formal, onde a explicação de um dado conceito se prende à sua definição unívoca – que só é possível mediante a identificação de propriedades/atributos/características comuns a todos os elementos incluídos no conceito (Vineis, 1993), de modo a trazer homogeneidade e, portanto, alguma ordem (possível) ao mundo multifenomênico.

Os problemas para a definição diagnóstica se tornam cruciais quando não é possível ordenar com precisão os fenômenos sob nenhuma das citadas categorias, como sucede em muitas entidades psiquiátricas. Aliás, é importante frisar que estas impropriamente ditas *doenças mentais* nunca não foram agrupadas na língua inglesa sob a rubrica *disease*, mas, sim, *illness.* Deste modo, passa-se a utilizar com frequência na linguagem especializada a designação portuguesa *transtorno* nas tentativas de nomear os fenômenos em questão.

Uma possibilidade interessante seria utilizar a palavra *moléstia*. Esta diz respeito tanto a sofrimento físico como moral. *"Molestado"* também pode significar *"maltratado"* e nada mais apropriado para designar as formas de tratamento dispensadas, em geral, a grandes contingentes de nossa população. Idéia que pode ser associada, por vizinhança semântica, às formas de terapêutica muitas vezes inadequadas (para não dizer lesivas) em virtude de um emaranhado de fatores –

que incluem precariedade das condições de trabalho (em termos financeiros, materiais); despreparo técnico; negligência profissional, entre outros aspectos. (perdoem-nos o chiste: parece ficar pairando uma atmosfera de justificação da firmeza/rigor das ciências humanas e sociais ante os supostos sobrolhos de crítica dos pesquisadores "duros", a ponto de imaginar uma intervenção picaresca: são moles ou querem mais?!)

Atualmente, diante das complexas relações epidemiológicas, sócio-econômicas, culturais, biológicas (tanto ecológicas como evolucionárias), entre outras que envolvem indivíduos e seu entorno, as infeções emergentes (onde a febre hemorrágica pelo vírus Ebola se tornou o paradigma) vêm sendo consideradas como resultantes de desequilíbrios nestas interações. Sob esta ótica, não é mais suficiente considerar as enfermidades *humanas*, mas, o *fenômeno adoecimento* de modo abrangente, com outros modelos para sua conceptualização. Aliás, sob este aspecto, o termo *moléstia* se mostra pertinente, pois também diz respeito a *doenças de plantas e animais*, suposta origem das novas doenças infecciosas.

Assim, é realmente possível que a taxonomia nosográfica, ao classificar as doenças em infecciosas, ambientais, psicossomáticas/auto-imunes, genéticas e degenerativas, permaneça válida somente em relação a um número bem delimitado de situações (Levins *et al.*, 1993). Nesta perspectiva, sem julgar o mérito específico de tal idéia, algo que fugiria aos objetivos deste texto, vale citar a proposta do *Institute of Medicine* (Lederberg *et al.*, 1992) norte-americano segundo a qual as infeções ditas emergentes podem ser categorizadas conforme os fatores responsáveis por sua eclosão (demográficos; comportamentais; tecnológico-industriais; relativos ao desenvolvimento da agricultura e uso da terra; relativos a deslocamentos populacionais – viagens e comércio; capacidade de adaptação e mutação microbiana; falência de medidas de saúde pública), ao invés de fazê-lo por tipo de agentes (vírus, bactérias, protozoários, fungos, helmintos).

Embora não seja nossa intenção mergulhar mais profundamente na intrincada discussão a respeito da pertinência dos conceitos e definições de doença e suas taxonomias[5], alguns comentários ainda se fazem necessários quanto à possível contradição de propósitos nas concepções de doença, de saúde e de assistência à saúde. Há evidências da disposição de idéias distintas sobre cada um destes aspectos conforme as circunstâncias, os *lugares* e *papéis* assumidos (Seedhouse, 1993). Por exemplo: a instância responsável pela alocação de recursos para a saúde *vis a vis* instâncias encarregadas pela prestação dos serviços; o médico em relação ao paciente; o serviço público de saúde *versus* o particular, o clínico em comparação com o epidemiologista.

Considerando o nosso tema central de discussão, qual seja o da atuação conjunta da epidemiologia e da antropologia, alguns autores propõem uma inversão de pontos de vista ao sugerirem que, a rigor, a categoria *disease*, mais bem definida, seria um caso particular da categoria *illness* – que pode ser traduzida por

moléstia – sensação difusa de haver algo desagradável, incômodo (perceber-se molesto). Esta, sim, constituir-se-ia, por hipótese, na *ponte* teórica entre as instâncias epidemiológicas e antropológicas. E, seria, talvez, o objeto de estudo de uma *"etnoepidemiologia"* (Almeida-Filho, 1992: 111), que poderia configurar-se na interdisciplina possível resultante da conjunção destes campos disciplinares...

Porém, nesta nossa incursão no diálogo interdisciplinar, restam difíceis questões metodológicas para serem apreciadas, como a que se refere às características das unidades de estudo ou observação, com os epidemiologistas trabalhando amostras populacionais probabilísticas, um número maior de indivíduos, e os antropólogos mais preocupados com abordagens dirigidas ao nível do *pessoal*, com as decorrentes formas distintas de colher, processar e analisar as informações. A epidemiologia prefere a padronização de dados extraídos de fontes secundárias ou através de procedimentos *ad hoc* onde a preocupação maior é a de *controlar* as respostas, normatizá-las, enquanto a antropologia busca a interpretação de narrativas, procurando se aprofundar nos elementos simbólicos contidos nos discursos.

Na medida em que trabalham com *"grandes agregados populacionais"* definidos segundo critérios de *"limites"* geográficos, administrativos ou demográficos, os epidemiologistas, no entender de Dunn & Janes (1986: 7), não *"assumem"* verdadeiramente o relacionamento interpessoal, pois se orientam apenas pelas variáveis epidemiológicas clássicas como *"sexo, idade, local de residência, etc."*. Para os autores, a epidemiologia, desta forma, operaria uma abordagem *"horizontal"*, ao passo que os antropólogos operam uma abordagem profunda, *"vertical"*. Com um ponto de vista semelhante, Barreto & Alves (1994: 134) opinam que a epidemiologia, por se fundamentar em pressupostos estruturais funcionalistas, desconhece o que integra e conforma o coletivo, onde *"os indivíduos constantemente monitoram suas ações em processos interativos, negociando, adaptando e modificando significados e contextos, assegurando a si mesmos e aos outros a validade destas ações"*.

No que se refere à coleta de dados, vale assinalar observações de Nations (1986) a partir de suas investigações realizadas no Ceará, no interior do Brasil, na primeira metade dos anos 1980. A autora, através de abordagens antropológicas de entrevistas domiciliares, encontrou diferenças importantes em relação ao número de óbitos de crianças constantes dos registros oficiais e ao número de casos de diarréia, também em crianças, computados por um estudante de medicina envolvido em uma pesquisa realizada no local.

Quanto aos óbitos, Nations (1986) aponta que o sub-registro oficial pode estar relacionado às mortes de recém-nascidos, *"anjinhos"* (*"angelinhos"* na publicação original), que são consideradas pela população local como coisas mais afeitas à Deus que aos médicos, sendo as crianças encaminhadas às *"rezadeiras"*

e, quando morrem, enterradas clandestinamente, escapando aos registros oficiais. Já no caso da morbidade por diarréia, Nations percebeu em seus estudos, nas narrativas que ouviu, que as perguntas do estudante de medicina eram respondidas negativamente justamente porque ele inquiria sobre diarréia e não, por exemplo, sobre *"quenturc."* (*"quintura"* na publicação original) no intestino, uma representação local de diarréia. Continuando, a autora citada chama a atenção para as implicações destes fatos na composição dos indicadores de mortalidade e morbidade e indaga, com referência ao estudo das doenças infecciosas, seu objeto de atenção, se o *"rigor"* pretendido pela epidemiologia não poderia, na realidade, significar um *"rigor mortis"* da própria pesquisa epidemiológica. Um questionamento que, sem dúvida, poderia ser colocado para a prática epidemiológica como um todo.

É interessante, agora, pensar a questão do *risco epidemiológico* que está imbricada na distinção dos olhares da epidemiologia e da antropologia. Sobre isto Lupton (1993) afirma que, apesar do conceito de risco ser originalmente utilizado com referência à probabilidade estatística da ocorrência de um evento, ele está cada vez mais, na atualidade, ligado à idéia de perigo. Em saúde pública, explica Lupton, são usados dois discursos sobre o risco. O primeiro diz respeito à exposição de populações aos riscos ambientais, como poluição e lixo nuclear, e o segundo enfoca o risco dos *estilos de vida* conformando *livres-escolhas* pessoais, opções individuais de vida.

Shiller *et al.* (1994), por sua vez, apontam que um determinado uso do conceito de cultura pela epidemiologia na definição de *"grupos de alto risco"* para a AIDS, tem conduzido a um processo de *isolamento* das pessoas incluídas nesta categoria. Os autores revelam resultados de uma pesquisa realizada em 1988 com portadores do vírus da AIDS de *New Jersey*, e chamam a atenção para o fato de que a maioria destes não apresenta os comportamentos estereotipados atribuídos pelas rotulações do risco epidemiológico da doença. Assim, esta marginalização e este distanciamento impostos às pessoas pertencentes aos *grupos de risco* para a AIDS constituem, na verdade, uma forma de considerá-las já doentes, e, portanto, um risco para os que não o são. Trata-se de uma consideração preconceituosa do *"outro"*, do *"diferente"*, que perde, então, sua referência em relação à população em geral. A idéia de cultura, nesta perspectiva de uma epidemiologia da AIDS, seria uma forma de colonização de populações *"exóticas"* e distantes, cujo propósito é submetê-las, subordiná-las aos padrões dominantes.

Convém neste momento da discussão reportar que, no âmbito de sua antropologia interpretativa, Geertz (1989) assinala que está na perspectiva da visão da cultura como um emaranhado de signos interpretáveis, a aproximação dos povos. Pois, na medida em que se investiga o exótico, compreende-se seu contexto e reconhece-se sua lógica particular de tal forma a respeitá-la, a incluí-la no contexto mais geral do mundo. Como diz Geertz (1989: 24), *"compreender a cultura*

de um povo expõe a sua normalidade sem reduzir a sua particularidade", o que torna os *exóticos*, os diferentes *"acessíveis (...) dissolve sua opacidade"*. Desta forma, o preconceito em relação ao *outro*, ao diferente, também se dissolve.

Depreende-se desta discussão sobre a assimilação do *exótico* pela antropologia, que a *culpabilidade*, implícita na ligação entre risco e *estilos* de comportamento e embutida no *conceito/preconceito* de risco epidemiológico, deriva de uma elaboração equivocada da noção de cultura por parte da epidemiologia. Um aspecto também envolvido com a diferença das visões de doença operadas pela epidemiologia e pela antropologia.

Uma evidência desta questão aparece nos discursos preventivistas de Educação em Saúde a partir das evidências epidemiológicas em relação ao hábito de fumar – um dos (relativamente poucos) exemplos de eficácia do modelo etiológico da epidemiologia aplicada a doenças crônico-degenerativas, no caso do câncer de pulmão. Apesar das dificuldades desta disciplina em propor leituras contextuais de tais situações, em especial, no que se refere ao estabelecimento de *responsabilidades* pela adoção de *estilos de vida arriscados*. Neste caso, o chamado *comportamento de riscc* pode estar nitidamente ligado a um dimensionamento sócio-cultural eticamente duvidoso, pelo qual determinadas *escolhas* são encaradas como estritamente individuais e refletem modos *irresponsáveis* de levar a vida (ou de se deixar levar pelas tentações veiculadas pela publicidade de uma sociedade de consumo).

Por outro lado, deve ser acrescentado ainda neste aspecto da atribuição do risco de adoecer peios epidemiologistas, que a mencionada abordagem *"horizontal"* (Dunn & Janes, 1986) preferida pela epidemiologia em detrimento do aprofundamento e da percepção das inter-relações humanas, promove uma *superficialização* imprópria da questão da especificidade dos gêneros. E gênero, diga-se, é parte central da apreciação do adoecer humano pela antropologia médica (Helman, 1994).

É o que nos mostra Pinch (1994), em uma abordagem *"feminista"* da *"transmissão vertical"* da AIDS, onde esclarece a especificidade da situação da mulher diante, por exemplo, da possibilidade de transmitir a doença ao feto, ou, sendo ou não portadora do vírus, das suas responsabilidades para com a família e os filhos quando a doença de algum modo atinge os seus. A sociedade tem imposto à mulher uma série de encargos e papéis sociais específicos que permeiam a construção de seu universo simbólico e, na medida em que a AIDS adentra o cotidiano, transcendendo os antigos *grupos de risco*, a posição da mulher tem que ser considerada também de modo específico. Com seus valores próprios, sua concepção de realidade e sua forma de relacionamento especial com o mundo, suas maneiras de negociar a evasão das normas e a adesão aos padrões sociais. Coisas, enfim, de importância fundamental para o conhecimento epidemiológico da AIDS e para uma visão mais coerente da contribuição social feminina, e que

podem passar, ou certamente passam despercebidas, quando a epidemiologia homogeneiza populações e padroniza comportamentos, omitindo a questão dos gêneros, na atribuição dos riscos.

Neste sentido, no âmbito da epidemiologia, o *"homem dos riscos"*, bela elaboração teórica de Almeida Filho (1992: 144), seria melhor visto (para além das querelas *politicamente corretas*) como o *ser humano dos riscos*, homem ou mulher, e dever-se-ia relevar nesta última construção a presença feminina de forma a compreender sua especificidade.

É evidentemente importante considerar a problemática do *"patriarcado"* que cerca a ciência, e que, no dizer de Capra (1988: 27), *"tem influenciado nossas idéias mais básicas acerca da natureza humana e de nossa relação com o universo"*. Algo tão presente que *"tem sido extremamente difícil de entender por ser totalmente preponderante"*.

Uma ilustração significativa desta questão é apresentada por Castro & Bronfman (1993: 387, 388) ao apontarem, a partir da leitura de Treichler (1990) e Martin (1987), o *"discurso patriarcal"* que suporta a construção do *"saber médico"*. Os autores mostram como a reprodução humana é encarada nos manuais médicos como um fenômeno biológico mecânico e o parto é definido através do ponto de vista da presença do médico que viabiliza a *"expulsão"* ou *"extração"* do nascituro (aspas e grifos no original). Além disto, a descrição do processo menstrual utiliza expressões que sugerem o malogro de uma fecundação que não ocorreu, algo que fracassou em seu propósito, ocorrendo a *"degeneração"* do corpo lúteo, *"declínio"* dos níveis hormonais, *"espasmos"* dos vasos sangüíneos endometriais, *"descarga"* de sangue, e, por sua vez, a espermatogênese consistiria em um processo *"extraordinário"*, *"surpreendente"*, de *"magníficas"* dimensões (aspas no original).

Já no âmbito da epidemiologia; outro sugestivo exemplo desta tendenciosidade é apontado por Faerstein (1989) ao considerar a construção de categorias relativas às práticas e hábitos supostamente ligados ao câncer genital feminino. A partir da revisão de trabalhos que procuram mostrar a associação estatística entre câncer cérvico-uterino e *"promiscuidade"/"precocidade sexual"*, o citado pesquisador assinala como tais categorias se prestam para interpretações preconceituosas em diferentes contextos culturais. O próprio termo *"promiscuidade"* parece vincular-se mais com modos femininos (e homoeróticos) de lidar com a sexualidade. Os homens, como aponta Faerstein, em circunstâncias correspondentes, apresentariam *"sexualidade mais pronunciada"* ou *"maior energia sexual"*.

Há pertinência em muitas críticas formuladas pela teoria feminista quanto aos possíveis vieses propiciados pela visão patriarcal nas ciências, em geral, e nas ciências sociais, em particular. O mito do objetivismo, com suas técnicas empiricistas e quantitativas teria levado o modelo positivista nas ciências huma-

nas a um paroxismo improfícuo. Torna-se, assim, complexa a discussão epistemológica que, por um lado, vincula idéias de *"natureza, corpo, subjetividade, domínio privado, sentimentos, emoções e reprodução sob a identidade genérica feminina e os conceitos de cultura, mente, objetividade, domínio público, pensamento, racionalidade e produção sob a identidade genérica masculina"* (Castro & Bronfman, 1993: 389), e, por outro, atribui aos métodos qualitativos a possibilidade de trazer outra forma de conhecimento para além das limitações das propostas quantitativas (referidas estas últimas ao modo mais masculino de abordar o real). Tal polarização, se, em certa medida, corre o risco de se mostrar limitada como proposta consistente de avanço nas modalidades do *fazer ciência*, serve para a importante função de chamar a atenção para tendenciosidades nas formas predominantes de construção de *fatos científicos*, especialmente no campo da saúde.

Talvez não seja absurdo (apesar da possível reação trocista que tal afirmação possa suscitar) cogitar que tenha chegado o momento de pensar nas possíveis distorções oriundas das enunciadas características dominantes do projeto epidemiológico, consideradas como de gênero *masculino – objetividade, controle, quantificação, racionalidade...*

COMENTÁRIOS FINAIS

A ciência, sempre se disse, parece embutir um paradoxo: quanto mais se conhece, menos se sabe. A evolução do conhecimento humano revelou a complexidade das coisas. De qualquer modo, nas palavras do biólogo inglês Brian Godwin, *"não explicamos as coisas, em ciência. Nós nos aproximamos do mistério"* (Lewin, 1994: 47).

No entanto, é essencial dar-se conta da ambigüidade desta ponderação. Ou seja, refletir sobre se é verdade, de fato, que as ciências nos trouxeram mais próximos da solução dos grandes mistérios da vida e da existência humana. Por um lado, as ciências indiscutivelmente proporcionaram explicações importantes que eram desconhecidas, e, por outro, as questões da condição humana e do sentido da existência ainda são problemas, que aparentemente se intensificaram diante do enfraquecimento das narrativas sustentadoras de matrizes culturais de identidade como eram os discursos de caráter religioso. Não há como negar o papel das ditas tecnociências na construção deste quadro. Propiciaram condições para alterar consideravelmente nossos modos de levar a vida, trazendo, inclusive, novas configurações a nossas culturas e, por extensão, novas formas de constituição de subjetividades e modos de adoecer. A incerteza e a insegurança do indivíduo contemporâneo se manifesta em seu cotidiano e não lhe dá motivos para confiar no valor do pensamento científico.

No que diz respeito à combinação entre a epidemiologia e a antropologia, como foi dito, a questão central está nas relações da cultura, objeto antropológico por excelência, com o adoecer das populações humanas. Ou, mais exatamente, nas relações entre a cultura e o objeto da epidemiologia, definido por Almeida Filho (1989: 16, 17; 1992: 50) como *"doentes em populações"*.

No entanto, é justamente da cultura, do possível ponto de contato entre a epidemiologia e a antropologia, que derivam os pontos de afastamento entre as disciplinas. Perceber e transpor os obstáculos da dicotomia quantitativo/qualitativo e das visões diferentes sobre doença/moléstia (a questão *disease* x *illness*), implica para a epidemiologia em como assimilar a cultura. E esta assimilação, este entendimento da cultura, nos conduz, então, à própria essência do projeto científico de cada uma das disciplinas.

A epidemiologia, apesar da natureza de suas bases fundamentais estar em parte localizada na medicina social do século XIX, trilhou o caminho do alinhamento quantitativo com as ciências *duras*, de bases experimentais e estatísticas, e linguagem matemática por excelência. E, neste trajeto, opera uma contagem de casos suportada pelas classificações clínicas, seguindo uma lógica biomédica.

Por outro lado, tal não é o projeto da antropologia, ou pelo menos da parte dela que está sendo considerada aqui, de sua vertente *interpretativa* representada por Clifford Geertz, que privilegia o universo simbólico na construção da cultura. Ainda que uma perspectiva de quantificação faça parte da antropologia e venha mesmo penetrando nesta sua corrente interpretativa buscando formas, por exemplo, para decodificação de entrevistas, e isto represente um esforço de classificação, o projeto essencial da disciplina não é numerar casos de doença e contá-los, mas situá-los histórica e culturalmente e interpretá-los. Assimilá-los como parte da experiência do mundo vivido.

Neste sentido, deve ser lembrado o que Canguilhem (1990: 85) diz a respeito da distinção entre o *"normal"* e o *"patológico"*. Para este autor, *"a quantidade é a qualidade negada, mas não a qualidade suprimida"*, e, no âmbito do conhecimento humano, entre a quantidade e a qualidade, *"a oposição se mantém no fundo da consciência que decidiu adotar o ponto de vista teórico e métrico"*.

Especificamente no que diz respeito a questões como o racismo e a xenofobia, Todorov (1992: 121) aponta que *"o melhor resultado de um cruzamento de culturas é muitas vezes o olhar crítico que volvemos para nós mesmos, e que não implica, de forma nenhuma, a glorificação do outro"*. Certamente esta afirmação pode muito bem servir aos epidemiologistas para que assumam uma percepção crítica em relação à culpabilidade e ao preconceito que podem envolver a consideração do risco epidemiológico e sua imbricação com a cultura.

Como em outras áreas, entre os epidemiologistas existirão sempre os extremos, aqueles que se embriagam com a exclusividade dos métodos quantitativos e os que se entregam ao encantamento de áreas como a sociologia e a antropologia.

Certamente os primeiros são os mais numerosos. Do meio-termo, sem pragmatismos que deformem o conhecimento, deve surgir uma epidemiologia mais companheira das populações que estuda.

Coloca-se, portanto, a questão de que interpretar narrativas e discursos, manusear símbolos, e explorar aí as relações dos elementos culturais com o adoecer das populações, deva ser, certamente, uma tarefa árdua para os epidemiologistas, ainda que haja disposição para isto. Ainda que haja a abertura para a interdisciplinaridade apontada no início deste texto, explorar estas relações significa, antes de tudo, trabalhar com a singularidade dos símbolos, operar com elementos indisciplinados, borrados demais para uma disciplina como a epidemiologia que sempre perseguiu a *precisão* dos números.

Como aponta Helman (1994: 265), *"os fatores culturais, quando identificados, não são fáceis de quantificar, e, por isso, são menos atraentes aos epidemiologistas médicos e aos estatísticos"*. É quando Almeida Filho (1992: 36) imagina o epidemiologista perguntando ao antropólogo: *"Será que você pode nos dar algumas variáveis sócio-econômicas mensuráveis?"*

Aceitando-se a complexidade das coisas e a necessidade das colaborações entre disciplinas deve-se, então, falar de interdisciplinaridade ou considerar uma relação de combinação mais simples, mais frouxa, entre a epidemiologia e a antropologia?

No entender de Japiassu (1976: 72, 73), no espaço de combinação de disciplinas, existiria uma *"multidisciplinaridade"*, que evocaria somente uma *"justaposição"* num trabalho determinado, sem a necessidade de uma atuação coordenada de equipe. Afirma o autor que:

> *"Quando nos situamos no nível do simples multidisciplinar, a solução de um problema só exige informações tomadas de empréstimo a duas ou mais especialidades ou setores do conhecimento, sem que as disciplinas levadas a contribuírem por aquela que as utiliza sejam modificadas ou enriquecidas".*

Se optarmos, então, por uma *multidisciplinaridade*, ao invés de uma *interdisciplinaridade*, estaremos, certamente, estabelecendo relações intermitentes e provisórias, ainda que momentaneamente complementares, onde nenhuma das disciplinas reconhece a outra. Há apenas uma utilização mútua onde concepções diversas de mundo e realidades podem muito bem conviver sem grandes arranhões em suas estruturas específicas. Algo bem ao jeito da epidemiologia, em sua tenacidade positivista que despreza a essência e os conflitos, o poder transformador do confronto das idéias e da negociação científica.

De outra forma, se, da parte da epidemiologia, domínio mais próximo deste texto, optarmos pela *interdisciplinaridade*, estaremos nos colocando novos

problemas e buscando novas soluções, surgidos justamente do diálogo interdisciplinar.

Assim, colocar a discussão em termos de definições (ou mesmo de transferências) metodológicas - qualitativas x quantitativas, é empobrecer a questão. Se a pesquisa em Saúde Coletiva deve assumir uma preocupação com as interações mente/corpo/sociedade responsáveis pelo adoecimento das populações, não há razão para estabelecer uma primazia de métodos em detrimento de outros. Os objetos de estudo neste campo podem demandar técnicas e métodos específicos para os quais se mostram mais responsivos e apropriados. É preciso ter claro que, muitas vezes, as discussões metodológicas encobrem lutas de poder e controle corporativo (Baum, 1995).

Portanto, enxergar outras representações de saúde e doença, admiti-las na coleta de dados, construir novas taxonomias incorporando a interpretação das narrativas, situá-las no contexto histórico social e cultural, reconhecer os rituais, perceber a diversidade dos gêneros e grupos sociais no âmbito da *"singularidade do adoecer humano"* (Castiel, 1994) e considerá-la no coletivo das populações, devem ser algumas das questões a serem pensadas.

Devemos harmonizar os *equipamentos mentais*, redimensionar valores no âmbito científico sem, evidentemente, prejuízo dos princípios humanitários que devem reger toda a ciência. Identificar preconceitos e caminhar na exploração de outras áreas significa admitir uma ética que respeite as minorias étnicas e sociais e encare com seriedade os valores ecológicos.

Obviamente, o território interdisciplinar tem limites sutis, mas que somente podem ser transpostos se visualizados. Neste sentido, a interdisciplinaridade se alimenta de si mesma, de sua própria prática, e se constrói sobre seus próprios passos.

Temos, então, que penetrar no desconhecido e há nisso o perigo e o medo da inutilização pelo exercício de um *enciclopedismo* inconseqüente, redundante, tautológico. Algo que só pode ser evitado através de uma prática orientada para objetivos definidos, apreendidos, dimensionados e reconhecidos pelos pesquisadores envolvidos, e forjados na absoluta necessidade de se conhecer e não na mera predisposição de se movimentar aleatoriamente na suposição enganadora de assim nos libertarmos das amarras disciplinares impostas pela ciência.

Empresa difícil? Certamente muito, é fato. Mas, um projeto utópico? Quem sabe? Saberes e utopias são construções humanas, se revelam ao sabor dos tempos, com o caminhar das sociedades. Para Dunn & Janes (1986: 21), a *"complexidade dos determinantes e o conhecimento da existência dos fatores* subjetivos *têm conduzido alguns epidemiologistas pioneiros (...) para além do simples, do mundo não-complicado da antiquada epidemiologia"*. A *"antiquada"* epidemiologia, ao que poderia ser acrescentado: positivista, empiricista, homogeneizadora e pretensamente neutra. E, assim, no âmbito do que os autores

referidos definem como domínio de uma *"ecologia médica"* estariam abertas as portas aos antropólogos.

Este deve ser realmente um caminho promissor para o trabalho interdisciplinar entre epidemiologistas e antropólogos, pois, ao pensar sobre a *escolha de um futuro para a epidemiologia*, é na construção de uma *"eco-epidemiologia"* que Susser (1996a, 1996b) enxerga o reconhecimento da complexidade que envolve o adoecer das coletividades humanas e a ultrapassagem do *"paradigma da caixa preta"*, característico da *epidemiologia dos fatores de risco* que surgiu com o estudo das doenças crônicas, em meados do século XX. Para Skrabanek (1994), na esperança de revelar *causas desconhecidas de doenças*, a *epidemiologia da caixa preta* associa estatisticamente *exposições* a *fatores de risco* com ocorrência de doenças sem que importe neste contexto qualquer formulação de hipótese ou plausibilidade biológica, transformando, então, através de um exercício de *prestidigitação, achados fortuitos* em *relações causais*. Desta forma, acrescentamos, na epidemiologia dos fatores de risco, do paradigma da caixa preta, o estudo do adoecer das populações humanas se dá numa perspectiva de evidente descontextualização histórica, social e cultural absolutamente inadequada para o trabalho interdisciplinar que buscamos. Pelo que, este é um paradigma que deve ser *in(ter)disciplinarmente* transgredido (com o rigor da indisciplina) numa atuação conjunta e conseqüente de epidemiologistas e antropólogos.

De qualquer modo, sejam quais forem os locais de encontro, ou mais claramente, de trocas e negociação entre epidemiologistas e antropólogos, admitir como *científica* a participação na *interpretação* da aventura humana é um dilema que se apresenta hoje à epidemiologia.

REFERÊNCIAS

ACHESON, R. M. (1975). Epidemiology - uses and method. In: *A handbook of community medicine* (A. M. Nelson, ed.). Bristol: John Wiley and Sons apud DEVER, G. E. A.,1988. *A epidemiologia na administração dos serviços de saúde*. São Paulo: Livraria Pioneira e Editora.

ALMEIDA-FILHO, N. (1989). *Epidemiologia sem números - uma introdução crítica à ciência epidemiológica*. Rio de Janeiro: Campus/Abrasco.

ALMEIDA-FILHO., N. (1992). *A clínica e a epidemiologia*. Salvador/Rio de Janeiro: APCE/Abrasco.

AYRES, J. R. de C. M. (1993). O objeto da epidemiologia e nós. *Physis - Revista de Saúde Coletiva*, 3 (1): 55-76.

BARRETO, M. L. & ALVES, P. C. (1994). O coletivo *versus* o individual na epidemiologia: contradição ou síntese? In: *Qualidade de vida: compromisso histó-*

rico da epidemiologia - anais do III Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Belo Horizonte/Rio de Janeiro: Coopmed/Abrasco, pp. 129-135.

BAUM, F. (1995). Researching Public Health: Behind the Qualitative-quantitative Methodological Debate. *Social science and Medicine*, 40: 459-468.

BREILH, J. (1988). *Epidemiologia - economia, medicina y política*. México: Distribuiciones Fontamara, S. A.

CANGUILHEM, G. (1990). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense - Universitária.

CAPRA, F. (1988). *O ponto de mutação*. São Paulo: Cultrix.

CASSEL, J. (1964). Social science theory as a source of hypothesis in epidemiological research. *American Journal of Public Health*, 54 (9): 1482-1486.

CASSEL, J. (1974). Psichosocal process and stress: theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4 (3): 471-482.

CASSEL, J. (1976). The contribution of the social environment to host resistence. *American Journal of Epidemiology*, 104: 107-123.

CASTIEL, L. D. (1994). *O buraco e o avestruz - a singularidade do adoecer humano*. Campinas: Papirus Editora.

CASTRO R. P. & BRONFMAN, M. P. (1993). Teoria Feminista y Sociología Médica: Bases para una Discusión. *Cadernos de Saúde Pública*, 9 (3): 375-394.

DUNN, F. L. & JANES, C. R. (1986). Introduction: medical anthropology and epidemiology. In: *Anthropology and medicine - interdisciplinary approaches to the study of health and disease* (C. R. Janes, R. Stall & S. M. Gifford, eds).. Dordrecht/ Boston/Lancaster/Tokyo: D. Reidel Publishing C., pp. 3-34.

FAERSTEIN, E. (1989). Ideologia, Normas Médicas e Racionalidade Epidemiológica: O Caso do Câncer Genital Feminino. *Cadernos IMS* 3(1): 173-187.

FAURE, G. O. (1992). A Constituição da Interdisciplinaridade. *Revista Tempo Brasileiro*, 108:61-68.

FLECK, A. C. & IANNI, F. A. (1958). Epidemiology and anthroplogy: some suggested affinities in theory and method. *Human Organization*, 16 (4): 38-40.

FOUCAULT, M. (1977). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense - Universitária.

FROST, W. H. (1941). *Papers of Wade Hampton Frost*. Londres: Commonwealth Fund apud LILIENFELD, D. E., 1973. Definitions of epidemiology. *American Journal of Epidemiology*, 107 (2): 87-90.

GEERTZ, C. (1989). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S. A.

HELMAN, C. (1994). *Cultura, saúde e doença*. Porto Alegre: Artes Médicas.

INHORN, M. (1995). Medical anthropology and epidemiology: divergences or convergences? *Social Science & Medicine*, 40 (3): 285 - 290.

JAPIASSU, H. (1976). *Interdisciplinaridade e patologia do saber*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda..

LEDERBERG, J., SHOPE, R. E. & OAKS, Jr, S. C. (eds.). (1992). *Emerging infections - microbial threats to health in the United States*. Washington: Institute of Medicine/ National Academy Press.

LEVINS, R., POSSAS, C. A., AWERBUCH, T., BRINKMAN, U., ECKARDT, I., EPSTEIN, P., MAKHOUL, N., PUCCIA, C., SPIELMAN, A. & WILSON, M. E. (1993). Preparing for New Infectious Diseases. Department of Population and International Health: Working Paper Series, nº 8 (mimeo.).

LEWIN, R. (1994). *Complexidade*. Rio de Janeiro: Rocco.

LUPTON, D. (1993). Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. *International Journal of Health Services*, 23 (3): 425-435.

MACMAHON, B., PUGH, T. F. & IPSEN, J. (1965). *Metodos de Epidemiologia*. México: La Prensa Medica Mexicana.

MARTIN, E. (1987). Science and women's bodies: forms of anthropological knowledge. In: *Body/politics. Women and the discourse of science* (M. Jacobus, E. F. Feller & S. Shuttleworth, eds.).. New York/london: Routledge, pp. 69-82.

MINAYO, M. C. de S. (1991). Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina*, 24 (2): 70-77.

MOLES, A.A. (1995). *As ciências do impreciso*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

MORIN, E. (1991). *Introdução ao pensamento complexo*. Lisboa: Instituto Piaget.

NATIONS, M. (1986). Epidemiological research on infectious disease: quantitative rigor or rigormortis? Insights from ethnomedicine. In: *Anthropology and medicine - interdisciplinary approaches to the study of health and disease* (C. R. Janes, R. Stall & S. M. Gifford, eds).. Dordrecht/Boston/Lancaster/Tokyo: D. Reidel Publishing C., pp. 97-123.

NUNES, E. D., s/d. A questão da interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel das ciências sociais (mimeo.), 38 pp.

PINCH, W. J. (1994). Vertical transmission in HIV infection/AIDS: a feminist perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 19: 36-44.

RIZZI, D. A. & PEDERSEN, S. A. (1992). Causality in Medicine: Towards a Theory and Terminology. *Theoretical Medicine*, 13: 233-254.

ROSSET. C. (1989). *Lógica do pior*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo.

SANTOS, B. de S. (1995). *Um discurso sobre as ciências*. Porto: Edições Afrontamento.

SEEDHOUSE, D. (1993). Clarifying the task. *Theoretical Medicine.* 14:287-294.

SHILLER, N. G., CRYSTAL, S. & LEWELLEN, D. (1994). Risky business: the cultural construction of AIDS risk groups. *Social Science & Medicine*, 38 (10): 1337-1346.

SKRABANEK, P. (1994). The emptiness of black box. *Epidemiology*, 5 (5): 553-555.

SOARES, L. E. (1994). *O Rigor da Indisciplina.*Rio de Janeiro. Ed. Relume-Dumará.

SUSSER, M. (1996a). Choosing a future for epidemiology: I. eras and paradigms. *American Journal of Epidemiology*, 86 (5): 668-673.

SUSSER, M. (1996b). Choosing a future for epidemiology: II. from black box to chinese boxes. *American Journal of Epidemiology*, 86 (5): 674-677.

TAUBES, G. (1995). Epidemiology Faces its Limits. *Science*, 269: 164-169.

TODOROV, T. (1992). *As morais da história*. Mem Martins: Europa-América.

TREICHLER, P. (1990). Feminism, medicine, and the meaning of childbirth. In: *Body/ politics. Women and the discourse of science* (M. Jacobus, E. F. Feller & S. Shuttleworth, eds.).. New York/london: Routledge, pp. 113-138.

TROSTLE, J. (1986a). Early work in anthropology and epidemiology: from social medicine to the germ theory, 1840 to 1920. In: *Anthropology and medicine - interdisciplinary approaches to the study of health and disease* (C. R. Janes, R. Stall & S. M. Gifford, eds). Dordrecht/Boston/Lancaster/Tokyo: D. Reidel Publishing C., pp. 35-57.

TROSTLE, J. (1986b). Anthopology and epidemiology in the twentieth century: a selective history of collaborative projects and theoretical affinities, 1920 to 1970. In: *Anthropology and medicine - interdisciplinary approaches to the study of health and disease* (C. R. Janes, R. Stall & S. M. Gifford, eds). Dordrecht/Boston/Lancaster/ Tokyo: D. Reidel Publishing C., pp. 59-94.

UCHÔA, E. & VIDAL, J. M. (1994). Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem de saúde e doença. *Cadernos de Saúde Pública*, 10 (4): 497-504.

VINEIS, P. (1993). Definition and Classification of Cancer: Monothetic or Polythetic? *Theoretical Medicine*, 14: 249-256.

WING, S. (1994). Limits of Epidemiology. *Medicine and Global Survival*, 1 (2): 74-86.

NOTAS

[1] Seguimos, aqui, a sugestiva expressão enunciada pela epidemiologista Zulmira M. de A. Hartz.

[2] Segundo Moles, há três categorias do *"impreciso"*: 1) Fenômenos instáveis, complexos (sensíveis às condições iniciais) que fazem com que seja grande o erro probabilístico em suas

determinações (ex.: fenômenos meteorológicos) ; 2) Falta de técnicas apropriadas de medida para determinados fenômenos (ex.: medir a generosidade de uma ação); 3) Fenômenos vagos por natureza, cujos conceitos que os delimitam são também vagos (ex.: aqueles referentes à esfera emocional humana). Ver Moles (1995).

[3] Perdoem-nos o chiste: parece ficar pairando uma atmosfera de justificação da firmeza/rigor das ciências humanas e sociais ante os supostos sobrolhos de crítica dos pesquisadores "duros", a ponto de imaginarmos uma intervenção picaresca: são moles ou querem mais?!)

[4] Aproveitamos, aqui, a idéia de *"perdição"* expressa pelo filósofo Clement Rosset, referindo-se ao estado onde nada é situável, onde não há referenciais qualitativos ou quantitativos que definam *a priori* categorias e escalas de ordenação e mensuração. Apenas intuições, sensações, indícios, aproximações. Ver Rosset (1989).

[5] Para isto ver número temático a este respeito da *Theoretical Medicine* v.14, n.4, 1993.

ANTROPOLOGIA MÉDICA E EPIDEMIOLOGIA. PROCESSO DE CONVERGÊNCIA OU PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO?

Eduardo L. Menéndez

INTRODUÇÃO

A Antropologia Social e as disciplinas médicas organizadas em torno da Saúde Pública, e em especial a Antropologia Médica e a Epidemiologia, desenvolveram perspectivas de descrição e análise do processo saúde/enfermidade/atenção, que apresentam características simultaneamente complementares e divergentes[1], que tratarei de analisar neste trabalho. Nossa análise das relações entre ambas disciplinas parte do suposto de que ocorreu um processo de convergência entre as mesmas, ao mesmo tempo em que determinados fatores limitam a possibilidade de complementação em termos interdisciplinares. O impulso dado às atividades de Atenção Primária desde finais dos anos sessenta, e especialmente após a Conferência de Alma Ata; as propostas de participação social, de utilização de estratégias de atenção baseadas no saber popular ou de formação de sistemas locais de saúde (SILOS), assim como a recuperação de ações baseadas em redes sociais, grupos de apoio e auto-cuidado, favoreceram esta convergência pelo menos a nível declarativo. Este processo foi, além disso, favorecido pelo fato de terem passado para primeiro plano as doenças crônico-degenerativas, as "violências" e as dependências, assim como pelo especial desenvolvimento da AIDS que supuseram entre outras coisas o "descobrimento" das aproximações qualitativas e da significação do saber dos conjuntos sociais para o desenvolvimento de grupos de auto-ajuda e de outras estratégias de ação comunitária.

Por outro lado o reconhecimento da complexidade e de problemas considerados prioritários na América Latina, como o controle da natalidade e, a desnutrição ou a mortalidade e infantil, conduziu a que fosse proposta uma aproximação articulada entre ambas perspectivas, para favorecer a construção de um enfoque realmente estratégico. Mosley em 1988 assinala que a multiplicidade e variedade de fatores que incidem sobre a mortalidade infantil não podem ser reduzidos a soma de grande quantidade e de variáveis que estão complicando a análise e limitando a capacidade e explicativa: "Para evitar isso, há dois passos que, em

geral, deverão ser dados se planificar a investigação e desenhar os estudos: realizar estudos antropológicos profundos e em pequena escala, como propõe Ware (1984) para identificar as variáveis críticas de interesse e sua interpretação, e especificar com cuidado as relações hipotéticas entre as variáveis, como discutem detalhadamente Palloni (1981) e Shultz (1984)". (Mosley 1988:323).

Porém este processo de convergência ocorreu de forma limitada e conflitiva por razões de tipo teórico-metodológicas, institucionais e profissionais que esperamos desenvolver através deste trabalho.

UNIDADES DE ANÁLISE, CAUSALIDADE E PREVENÇÃO

A análise de determinadas características de ambas disciplinas evidencia a similaridade e de suas aproximações metodológicas, pelo menos em um nível manifesto. Assim podemos observar que as mesmas tratam com algum tipo de conjunto social, o qual pode ser pensado em termos de grupos domésticos, grupos ocupacionais, grupos de idade, estratos sociais, etc. Para elas a unidade e deve ser algum tipo de conjunto social.

Atualmente as correntes dominantes na Antropologia Médica e na Epidemiologia reconhecem a multicausalidade da maioria dos problemas de saúde, e questionam que a explicação causal dos problemas específicos seja colocada em um só fator. A maneira de manejar a multicausalidade pode variar segundo o problema e/ou marco metodológico utilizado, e assim, enquanto que algumas investigações lidam com uma notória diversidade e dispersa de fatores explicativos, outras tratam de encontrar um efeito estrutural que organize os diversos fatores incluídos.

As duas disciplinas supõem a existência de algum tipo de desenvolvimento ou evolução do processo saúde/enfermidade/atenção (doravante processo s/e/a) específico, que no caso da Epidemiologia pode referir-se ao modelo da História Natural da Enfermidade e no caso da Antropologia à História Social do Sofrimento/Enfermidade, quer dizer, à proposta construcionista que considera que todo padecimento constitui um processo social e histórico que necessita ser reconstruído para que possam ser compreendidos os seus significados atuais não só para a população senão também para a equipe de saúde. Além das possíveis diferenças, é comum o entendimento da enfermidade e do cuidado como processos.

Um quarto ponto de convergência, refere-se ao fato de que a Antropologia e a Epidemiologia reconhecem que as condições de vida – sejam elas denominadas formas de vida da classe trabalhadora, subcultura adolescente ou estilo de vida do fumante – têm a ver com a causalidade, desenvolvimento, controle e/ou solução dos problemas de saúde. O conceito estilo de vida é aquele que parece ter tido maior acolhida os epidemiólogos, e vem a ser considerado como parte constitutiva de toda uma gama de doenças crônicas e de determinadas "violências".

Por último, digamos que ambas disciplinas tendem a propor uma concepção preventivista da doença, na qual se articulam diferentes dimensões da realidade, com o objetivo de limitar a extensão e gravidade dos danos à saúde.

Poderíamos seguir enumerando outros aspectos complementares considerados significativos, porém o importante a notar é que com respeito a cada um destes pontos de *acordo*, podemos detectar diferentes graus de discrepância que podem chegar ao antagonismo entre as propostas da Antropologia Médica e da Epidemiologia.

Se revemos cada um dos aspectos apresentados, podemos observar que embora ambas disciplinas tratem com conjuntos sociais, a epidemiologia muito freqüentemente descreve seus conjuntos em termos de agregados estatísticos, enquanto que a Antropologia trabalha preferencialmente com "grupos naturais". Embora não desenvolveremos este ponto, o considero decisivo no que diz respeito à construção e significado do dado referido ao processo s/e/a, uma vez que para o enfoque antropológico a desagregação dos conjuntos sociais em indivíduos supõe a violentação da realidade social que ditos sujeitos constituem. Desagregar os conjuntos sociais em indivíduos selecionados aleatoriamente, supõe não assumir que ditos indivíduos se definem a partir das relações estabelecidas dentro de seus grupos e que, além disso, a maioria de ditas relações não são aleatórias.

A desagregação dos conjuntos sociais em indivíduos, pertence a mesma concepção de partir a realidade social em múltiplas variáveis, carecendo freqüentemente a ambos conjuntos desagregados uma proposta teórica de articulação e inter-relação. Esta maneira de tratar metodologicamente a realidade conduz freqüentemente a produção de um tipo de informação que não corresponde aquilo que os conjuntos sociais produzem e reproduzem com respeito ao processo s/e/a.

Por outro lado, ainda quando as duas trabalham com uma concepção multicausal, a epidemiologia dominante situa o eixo da causalidade no biológico ou no bioecológico, enquanto a Antropologia Médica o situa em fatores de tipo cultural ou sócio-econômico[2]. Mais ainda, deve-se sublinhar que a tendência a buscar uma causalidade única e específica segue dominando a abordagem epidemiológica, haja visto a importância dada aos padecimentos crônico/ degenerativos, as violências e as dependências (ver Buck 1988; Nájera 1988; Nations 1986; Renaud 1992; Terris 1988).

A epidemiologia não só tende a pensar as causas da enfermidade em termos de uma causalidade bioecológica ou exclusivamente biológica, senão que se caracteriza pelo domínio de uma aproximação a-histórica no que diz respeito ao processo saúde/enfermidade/atenção. O uso dominante da análise de curta duração histórica não é um fato casual ou baseado em razões exclusivamente técnicas, senão que obedece a uma perspectiva metodológica que não inclui a signifi-

cação da dimensão diacrônica. A série histórica de cinco ou dez anos expressa o peso do biológico entendido como uma constante e a série histórica de *longa duração* não aparece como necessária para compreender o desenvolvimento do padecimento nem as alternativas de solução, salvo para algumas correntes preocupadas com a história do processo s/e/a (ver revista *Dynamis* 1980-1995).

Embora a epidemiologia trabalhe com séries históricas curtas por razões compreensíveis, dada a necessidade de encontrar soluções ou pelo menos explicações a problemas imediatos como a emergência de episódios agudos ("*brotes*") ou mesmo devido a desconfiança com respeito à validez dos dados epidemiológicos existentes, não é apenas por estas ou outras razões similares que não utiliza a dimensão histórica.

As ciências antropológicas e sociais têm proposto uma concepção construcionista da doença, das estratégias de atenção, mas também da vida cotidiana onde se processa o padecimento, o que, entre outras razões, a têm conduzido observar historicamente o papel da biomedicina com respeito a toda uma diversidade de problemas. Se bem que o processo de medicalização e, em especial, o da "psiquiatrização" têm sido os mais investigados, esta abordagem tem sido aplicada a temas tão diversos como o auto-cuidado ou o processo de alcoolização. Para além dos tipos de interpretações específicas resultantes dessas investigações, as mesmas têm posto em relevo o fato de que ditos processos só podem ser realmente compreendidos a partir de uma perspectiva diacrônica construcionista e têm evidenciado a significação paradoxal da biomedicina tanto na construção técnica da enfermidade (*disease*) como também na construção social do padecimento (*illness*). Demonstraram, por exemplo, que o saber médico e especialmente o próprio profissional, é uma das principais causas da automedicação com fármacos (ver Conrad e Schneider 1980; Douglas, 1970; Gaines, 1992; Lock e Gordon, 1988; Menéndez, 1990a, 1990c; Menéndez e Di Pardo, 1996a; Morgan, 1983; Scott, 1970; Soc. Sc. Med., 1992)[3]. No caso do conceito estilo de vida observamos que, enquanto a Antropologia trata de manejá-lo como um conceito holístico, a Epidemiologia tende a reduzi-lo a comportamento de risco, erodindo a concepção teórico-metodológica a partir da qual foi proposto. Este conceito se constituiu a partir do marxismo, da abordagem compreensiva weberiana, da psicanálise e da antropologia cultural norte-americana (ver Coreil *et al.*, 1985), ainda que se deva reconhecer que as concepções teóricas que mais influíram sobre a formulação e desenvolvimento deste conceito são as historicistas alemãs[4]. O objetivo era produzir um conceito que, a partir das dimensões materiais e simbólicas, possibilitasse a articulação entre o nível macro (estrutura social) e o nível dos grupos intermediários expressos através de sujeitos cujo comportamento se caracterizava por um determinado estilo exercitado na vida cotidiana pessoal e coletiva. Era um conceito holístico, já que através do sujeito/grupo pretendia observar-se a globalidade da cultura expressada através de estilos particulares.

As necessidades explicativas/aplicativas da epidemiologia despojaram este conceito de sua articulação material/ideológica em termos holísticos e reduziram sua aplicação ao risco subjetivo ou grupal específico. Segundo uma perspectiva antropológica o hábito de fumar não é um risco separável das condições globais em que o sujeito produz sua vida; é o contexto global que está em jogo através do estilo de vida. Isolar o risco de beber, de fumar ou de comer determinados alimentos pode ser eficaz para intervir a nível de condutas individuais, mas não só anula o efeito compreensivo do problema, senão que reduz a eficácia da intervenção.

As investigações epidemiológicas britânicas evidenciaram que os fumantes homens de classe baixa são os que têm maior risco de morrer e os que têm maiores dificuldades de abandonar o hábito de fumar, comparado com os homens dos estratos médio e alto. Seria o pertencimento a classe e não o estilo de vida o condicionante de dito hábito. Recuperando a significação original deste conceito, o estilo depende dos condicionantes globais que, neste caso, se referem a situação e relações de classe. Para a classe trabalhadora britânica, fumar, beber cerveja especialmente preta, ter relações físicas violentas, conviver socialmente no "*pub*" (bar), etc., conformam um estilo de pertencimento de classe e de diferenciação de classe que é o que fundamentaria a persistência de seu hábito tabagista. Estes "hábitos"[5] expressam a maneira de estar no mundo, a identidade cultural e a diferenciação social.No que diz respeito a prevenção existem várias diferenças, e algumas das mais significativas se organizam em torno do uso das representações e práticas culturais como mecanismos de prevenção. Enquanto a Epidemiologia e o sanitarismo em geral se caracterizam pelo escasso uso das "variáveis" socioculturais, a socioantropologia as considera como substantivas. Mais ainda, a perspectiva médica só vê as representações e práticas da população como fatores que incidem negativamente sobre sua saúde; as percebem como um saber basicamente a modificar. Além disso, esta perspectiva considera explícita ou implicitamente que a população não usa critérios de prevenção.

Sem negar totalmente estas interpretações, o primeiro a recuperar é que todo grupo social independente de seu nível de educação formal, gera e utiliza critérios de prevenção frente aos padecimentos que, real ou imaginariamente, afetam sua saúde na vida cotidiana. Não existem grupos que careçam destes saberes preventivos, porque os mesmos são estruturais a toda cultura, já que são decisivos para a produção e reprodução da mesma (Menéndez 1994).

A maioria destes critérios preventivos são socioculturais e o ponto central para essa discussão não é tanto considerá-los como comportamentos equivocados ou corretos, senão assumir que os grupos sociais produzem critérios e práticas de prevenção, sejam ou não errôneos.

Reconhecer isto suporia uma mudança radical na perspectiva sanitarista, pois esta assumiria que os conjuntos sociais não são reacionárias a prevenção na me-

dida em que a produzem e utilizam. Como conseqüência, um dos principais objetivos médicos passaria a ser a descrição e análise dos significados dos saberes[6] preventivos dos grupos sociais para estabelecer a possibilidade de aplicar ações preventivas a partir das representações e práticas da própria população.

DIFERENCIAÇÕES E DISTANCIAMENTOS: A APROPRIAÇÃO DE CONCEITOS

Agora bem, as características assinaladas aparecem condicionadas por toda uma série de processos que vão desde o metodológico ao institucional, e dos quais só comentaremos aqueles que facilitem interpretar as divergências.

Em sua aproximação ao processo s/e/a, a Antropologia parte de uma concepção unilateralmente sociogênica. A quase totalidade das tendências antropológicas são sociogênicas desde o marxismo até o interacionismo simbólico, passando pelo culturalismo integrativo, o construcionismo ou o estruturalismo. É em função deste suposto comum que todas as tendências propõem que o nível de análise mais estratégico para explicar o processo s/e/a é o que corresponde ao nível socioeconômico ou ao sociocultural e não ao nível biológico. Isto adquire características radicais em todas as tendências salvo a ecologia cultural e o materialismo mecanicista, a última das quais tem escassos representantes na Antropologia Médica.

No que diz respeito ao processo s/e/a, a Epidemiologia parte do patológico, quer dizer, da enfermidade (*disease*) entendida como problema médico, enquanto a Antropologia parte do padecimento (*illness*) como processo sociocultural e econômico-político que inclui o fenômeno considerado patológico. Algumas correntes teóricas antropológicas operam inclusive com uma forte tendência a despatologizar ou reduzir o patológico ao processo social "normal". Esta tendência foi criticada por sanitaristas que sustentam — e muitas vezes acertadamente — que o relativismo antropológico e a ênfase na cultura como "verdade" conduzem a reduzir a significação dos processos patológicos. Não obstante, o que devemos ressaltar é que, enquanto a Epidemiologia coloca seu eixo de análise no processo patológico, a Antropologia Médica o situa na estrutura e processo socioculturais .

Nos últimos anos temos investigado o problema do "alcoolismo" no México e propusemos como conceito central o "processo de alcoolização", ao qual remetemos os conceitos de "alcoolismo", "alcóolico" e "dependência". O processo de alcoolização inclui todos aqueles processos sociais considerados como decisivos na estruturação do alcoolismo como fenômeno patológico, normal e coletivo e, como conseqüência, remetemos a ele não só os conceitos biomédicos assinalados, senão também os "riscos" que afetam as condutas individuais (ver Menéndez 1990a; Menéndez e Di Pardo, 1996a).

Já em 1943 Horton propunha que para um antropólogo interessado no problema do alcoolismo, tinha tanta significação estudar os alcóolicos crônicos ou os bebedores sociais como a população não bebedora, dado que é através das representações e práticas dos diferentes conjuntos sociais que podemos obter uma explicação/interpretação do fenômeno em termos da estrutura sociocultural e não só do fenômeno patológico em si. Ainda mais, o consumo "patológico" e suas "conseqüências" se explicariam não só pelos sujeitos alcoolizados, senão pelo conjunto de atores implicados no sistema social (ver Horton 1991(1943)).

Agora bem, existe um ponto de convergência que simultaneamente se constitui em um dos principais pontos de antagonismo potencial assim como de expressão do processo de medicalização. Nos referimos à produção e uso de conceitos por parte de ambas disciplinas.

Uma revisão, inclusive superficial, dos conceitos que são utilizados pela Epidemiologia, a Saúde Pública ou a Medicina Social permite constatar o óbvio: *que grande parte de seus conceitos básicos foram nomeados e utilizados previamente pelas Ciências Sociais e Antropológicas*. Os conceitos de necessidades, de comunidade/organização da comunidade, desenvolvimento comunitário, de grupo e ciclo doméstico, de participação social, de classe social/estrato social/níveis sócio-econômicos/pobreza, de redes sociais, de níveis educacionais, de ocupação/trabalho/processos laborais/níveis ocupacionais, de sexo/gênero, de estilo de vida, e estratégias de sobrevivência/estratégias de vida, etc., foram formulados, utilizados, modificados e inclusive abandonados pelas Ciências Antropológicas e Sociais antes que fossem apropriados ou reinventados pelas Ciências da Saúde.

Isso quer dizer que estes conceitos são produto de um processo teórico e metodológico, do qual a maioria dos epidemiólogos parece não ter muita informação. No que diz respeito a esse ponto é preciso ressaltar que todos estes conceitos se referem a teorias específicas e que, pelo menos uma parte deles (necessidades, comunidade, redes sociais, estilo de vida) foram desenvolvidos por tendências que utilizavam preferencialmente técnicas qualitativas.

No que toca o uso de conceitos, pelo menos em alguns países da América Latina, ocorre algo interessante já que conceitos como medicalização, controle social e cultural, a relação entre o cultural e o biológico ou a articulação entre o normal e o patológico, vêm a ser utilizados por uma parte dos que trabalham ao interior do campo da saúde como termos elaborados por filósofos ou epistemólogos, quando uma parte dos mesmos foram cunhados e aplicados inicialmente por antropólogos e sociólogos. Assim na América Latina numerosos sanitaristas utilizam estes conceitos a partir da obra de Foucault ou de Canguilhen *ignorando* a massa de investigação empírica e de elaboração teórica produzida desde a década de 1920 pelas ciências sociais e antropológicas que trabalharam a fundo alguns destes conceitos, e que possivelmente seria de maior utilidade a eles, sanitaristas, que aqueles formulados por ditos filósofos franceses.

O ponto assinalado acima não implica negar a importância das contribuições de Foucault ou de Canguilhen, senão recuperar a massa de material socioantropológico produzida em sua maioria a partir de "trabalho de campo". É preciso esclarecer também que não recuperamos a importância de *toda* essa produção antropológica, apenas constatamos sua existência e observamos que a mesma deveria ser conhecida e avaliada em sua significação. Se os sanitaristas e clínicos e por suposto antropólogos que recuperam os marcos interpretativos, conhecessem mais a fundo não só um de seus referentes mais evidentes (me refiro a Geertz), mas a produção antropológica norte-americana, britânica, canadense, alemã, italiana e francesa gerada entre 1920 e 1960, poderiam observar que o que fizeram as ditas correntes interpretativas atuais foi aprofundar um campo que já havia gerado notáveis contribuições atualmente esquecidas ou negadas.

A falta de reconhecimento de que estes e outros conceitos que são atualmente utilizados pelas Ciências da Saúde têm uma história conceitual expressa de forma quase paradigmática não só o desconhecimento que ditas ciências têm da produção antropológica, senão também a-historicidade das disciplinas advindas, em termos metodológicos, do Modelo Médico Hegemônico.

Porém, e isso é o que me interessa sublinhar, dito desconhecimento tem conseqüências negativas de tipo muito diverso no trabalho epidemiológico. Conduz, por um lado, a "redescobrir o óbvio" de tempo em tempo, o que significa perda de tempo, desperdício de recursos, usos conceituais incorretos em termos técnicos, etc. Não saber como foram produzidos e, sobretudo, aplicados os conceitos implica ignorar a capacidade que estes tiveram de explicar e solucionar os problemas levantados. Implica reduzir a capacidade de discriminar se o problema reside no conceito ou no seu uso[7].Conceitos que foram ou estão sendo utilizados por sanitaristas – e me refiro a conceitos como necessidade, comunidade, participação social ou sexo/gênero – são conceitos que têm uma larga ou curta história, não só "teórica", mas de investigação aplicada na América Latina. Mais ainda, alguns destes conceitos se difundiram de forma notável, expressando não só modas circunstanciais mas estimulações teórico/práticas e financeiras diretas ou indiretas, que freqüentemente acentuaram a tendência a-histórica assinalada. Durante anos o conceito de gênero se manteve nos redutos de sociólogas, historiadoras e ativistas feministas, para irromper na América Latina nos anos oitenta e noventa através dos estudos sobre sexualidade, planificação familiar ou saúde reprodutiva. Uma parte destas investigações, que têm como um de seus eixos o conceito de gênero, tem despojado dito conceito não só de sua potencialidade analítica mas de seus objetivos de impugnação, dado o processo de produção de conhecimento ao interior do qual está sendo incluído.

Na nossa perspectiva, o uso de conceitos está referido, de forma consciente ou não, a teorias (e, logo, a "teóricos") que os produziram dentro de um determinado marco referencial, o que pode implicar discrepância, complementaridade

ou antagonismo com o forma pela qual outros marcos teóricos usam o mesmo conceito. Os conceitos são designações provisórias que, pelo menos em Antropologia, não são "neutros", senão que se referem a determinadas tendências teóricas. Esta contextualização parece estar ausente de muita produção epidemiológica que inclusive produz "teorias" explicativas nas quais estes referentes teóricos são omitidos.

A penúltima destas "teorias" é aquela denominada "transição epidemiológica". Como todos sabemos, esta foi proposta nos EUA em princípios da década de 70 e foi aplicada por autores latino-americanos durante a segunda parte da década de 80. O que me interessa sublinhar a esse respeito é que o conceito de "transição epidemiológica" – saibam ou não aqueles que fazem uso dele – está relacionado com uma proposta evolucionista/desenvolvimentista da sociedade, formulada geralmente em termos tipológicos e que se sustenta na chamada teoria da modernização. Esta teoria gozou de grande difusão nas décadas de 1950 e 1960, e teve como alguns de seus principais exponentes sociólogos e antropólogos latino-americanos. Esta teoria foi criticada durante os anos sessenta e entrou em desuso a finais de dita década e durante os setenta. A discussão teórica sobre a "transição" que, por outro lado, emerge da década de 30[8], não aparece presente na maioria dos que utilizam esta "teoria" na América Latina. Utilizam-na a partir de dados empíricos, manejados de determinada maneira, como se dito conceito não estivesse referido a concepções teóricas que, como se demonstrou a seu tempo no caso da modernização, implicava assumir determinadas concepções ideológicas com respeito ao "desenvolvimento" modernizador.

Esta recuperação atual tem a ver não só com uma aproximação científica, senão também com o desenvolvimento das propostas econômico-políticas atualmente dominantes em grande parte dos países latino-americanos, dado que dita teoria da transição se articula com as propostas neoliberais e neoconservadoras, da mesma forma que sua antecessora, a "teoria da transição demográfica", se articulava ideologicamente com as concepções "desenvolvimentistas".

A proposta da "transição epidemiológica" se baseia em informação que indicaria uma determinada tendência histórica dos danos à saúde e dos perfis epidemiológicos. Este conceito teria uma base descritiva e não teórica; porém o importante a recuperar é que, como vimos, dito conceito se refere a "teorias" que foram analisadas enquanto tal, demostrando-se não só sua falta de capacidade explicativa, senão também sua clara afiliação ideológica[9]. Considero que este último ponto que acabamos de assinalar merece uma revisão do que se entende por "descritivo" em Antropologia Social e em Epidemiologia. Para isso não só devemos assumir que grande parte da Epidemiologia que se realiza é de tipo descritivo, senão que uma das características básicas do trabalho antropológico é produzir "etnografia", quer dizer, descrições. Assumindo, conseqüentemente, que a descrição, que a produção do "dado" aparece como prioritária para ambas dis-

ciplinas, a questão é precisar o que cada uma entende por produção do "dado". E aqui residem algumas das principais divergências.

Quando lemos e analisamos trabalhos de Saúde Pública ou de epidemiologia clínica que fazem referências ou propõem e/ou incluem em suas investigações aspectos tais como estratégias de sobrevivência, ciclo de vida dos grupos domésticos, processos ideológico/culturais, estilos de vida ou práticas de autocuidado e observamos os dados empíricos que nos apresentam e analisam, torna-se evidente que há uma concepção diferencial não explicitada no que se entende por cada um destes aspectos e sobre o tipo de "dado" a produzir. Suponho que pelo menos uma parte dos epidemiólogos sente o mesmo com respeito ao dado antropológico. Este ponto é particularmente importante e constitui um dos eixos das diferenças que necessariamente tanto epidemiólogos como antropólogos devem precisar[10].

ALGUMAS CARACTERÍSTICAS DO ENFOQUE ANTROPOLÓGICO

A Antropologia Médica e também outras disciplinas sócio-históricas tem produzido materiais empíricos e teóricos que supõem não só contribuições, senão também possibilidades de articulação com a perspectiva epidemiológica, sempre e quando exista realmente um interesse de articulação e no prime a exclusão nos fatos. A seguir enumeraremos algumas destas contribuições socioantropológicas.

A primeira contribuição refere-se a proposta de uma epidemiologia sociocultural; quer dizer que recupere os significados e as práticas que os conjuntos sociais dão aos seus padecimentos, problemas, pesares, dores, etc., articulados com as condições estruturais e processuais que operam em uma situação historicamente determinada. É preciso lembrar que este tipo de epidemiologia sociocultural tem sido produzida desde finais do século XIX e que durante os primeiros cinqüenta anos deste século foi se enriquecendo através de contribuições pontuais que possibilitaram sua expansão a partir da década de sessenta e setenta.

A primeira contribuição sistemática é a investigação de Durkheim (1897) sobre o suicídio, o qual constituiu a seu tempo, e ainda segue sendo, uma alternativa teórico/metodológica para pensar o dado epidemiológico[11]. Posteriormente os trabalhos de Dunhan e Faris sobre a esquizofrenia em Chicago, de Mauss sobre as técnicas do corpo, de Devereux sobre o suicídio e o homossexualismo entre os Mohave, de Mead e Bateson sobre problemas infantis em Bali, ou de De Martino sobre o *tarantismo* no sul da Itália constituíram propostas de articulação dos processos culturais e sociais com respeito a interpretação de padecimentos e problemas, que possibilitaram a expansão desta aproximação a partir dos anos sessenta e setenta (Caudill, 1953; Dunn e Janes, 1986; Opler, 1959; Paul, 1989;

Trostle, 1986a, 1986b; Young, 1982), e que supôs a contínua inclusão de marcos referenciais teóricos não só antropológicos, mas sociológicos e "filosóficos" (ver Bibeau, 1987)[12]. A possibilidade de uma epidemiologia sociocultural está radicada no reconhecimento da existência de uma estruturação epidemiológica no saber dos conjuntos sociais, o qual devemos reconstruir a partir das mesmas. Isto se correlaciona com o reconhecimento da existência de uma estruturação epidemiológica em todos os tipos de curadores, quer dizer nos médicos familiares e generalistas, nos curadores populares, nos especialistas alopatas e de outros sistemas médicos como podem ser as numerosas religiões terapêuticas desenvolvidas nos últimos anos. Ditos saberes epidemiológicos profissionais apresentam não só diferenças e antagonismos entre si, como também pontos de similaridade e articulação. O saber epidemiológico dos conjuntos sociais é o que opera uma síntese inicialmente pragmática, a partir de sua própria definição da significação dos padecimentos que o ameaçam real ou imaginariamente (ver Menéndez 1984, 1990b, 1990d, 1994).

A epidemiologia sociocultural deve referir não só às representações como também às práticas. Uma parte significativa da Antropologia Médica como da Epidemiologia analisa só as representações dos conjuntos sociais. Esta maneira de construir a informação deve ser modificada e nesta perspectiva é preciso assumir que as representações não só devem ser referidas a indicadores *objetivos* – por exemplo análises bioquímicas – como também às práticas que a população produz e que não necessariamente são idênticas a suas representações. Partimos do pressuposto metodológico da existência de discrepâncias constantes entre representações e práticas.

Em função do que foi assinalado é preciso assumir que os conjuntos sociais manejam um número maior de representações que de práticas no que toca um processo s/e/a determinado. As práticas supõem um tipo de síntese/seleção das representações em função da ação. Isto não só se aplica ao saber popular, senão também ao saber dos curadores, incluído o saber biomédico (Menéndez e Di Pardo 1996a, 1996b).

O processo s/e/a deve ser entendido como uma construção social. Os conjuntos sociais vão construindo um perfil epidemiológico integrado[13]; porém é preciso ressaltar que as representações e práticas relativas a cada um dos padecimentos e a suas características clínicas e epidemiológicas, não *aparecem* como algo estruturado, senão que emergem reativamente ante as situações específicas. Quer dizer que reconhecemos um processo de constituição histórica do saber dos conjuntos sociais, porém que deve, por sua vez, ser reconstruído no trabalho antropológico. Os aspectos enumerados são alguns dos que integram o núcleo central da proposta antropológica e que se estrutura em torno do reconhecimento de que o processo saúde/enfermidade/atenção constitui um dos campos, para alguns o principal, em que os conjuntos sociais produzem o maior número de re-

presentações e de práticas. Mais ainda, estas representações e práticas cumprem várias tarefas fundamentais articuladas entre si, e que vão desde possibilitar uma interpretação e ação com respeito aos padecimentos reconhecidos como ameaçadores até possibilitar articular a relação dos sujeitos e grupos sociais com a estrutura social.

O processo s/e/a inclui desde ações cotidianas de solução de problemas até a elaboração de interpretações que expressam os núcleos centrais das ideologias/culturas dominantes/subalternas dos diferentes grupos que transacionam em uma sociedade determinada. Dado que os conjuntos sociais necessitam dar uma interpretação, quer dizer, dar sentido e significado a seus padecimentos, a enfermidade e suas representações e práticas são, para a antropologia, parte constitutiva dos sujeitos (Stein 1985, 1990).

Um aspecto nuclear da perspectiva antropológica que tem adquirido relevância nos últimos anos com respeito a investigação e intervenção sobre o processo s/e/a, é o que se refere ao uso de técnicas qualitativas de obtenção de informação, análise e/ou ação. A ênfase nas políticas de Atenção Primaria, por um lado, e a modificação do perfil epidemiológico por outro, favoreceram o reconhecimento da importância desta aproximação qualitativa, pelo menos com respeito a determinados padecimentos e determinadas estratégias.

Deve-se sublinhar que a recuperação da aproximação qualitativa relativa a investigação do processo s/e/a se originou nos países capitalistas centrais, e em particular a partir do desenvolvimento da síndrome de imunodeficiência adquirida. As características da doença e dos sujeitos ou grupos portadores do problema, evidenciaram rapidamente as limitações da aproximação estatística para obter informação estratégica que pudesse ter algum tipo de utilidade explicativa e prática em termos do comportamento dos grupos de risco. A medida que se expandia a epidemia da AIDS, os dados referentes a relação da AIDS com o homossexualismo, bissexualismo, prostituição (incluída a prostituição infantil), etc., evidenciaram ainda mais a necessidade de trabalhar com aproximações de tipo qualitativo.

Mas, e isto é o que me interessa ressaltar, o que se "descobriu" a respeito da AIDS não é diferente do que sabíamos sobre outras doenças e problemas frente aos quais a abordagem estatística evidenciava iguais ou maiores limitações para obter informação estratégica. Na maioria dos países da América Latina temos poucos dados com respeito a toda uma série de padecimentos e a falta de informação deve-se não apenas a pouca confiabilidade nos sistemas de captação institucional mas também ao tipo de instrumentos estatísticos aplicados nas investigações epidemiológicas.

Na maioria dos países da América Latina, conseqüentemente, a informação epidemiológica não é confiável ou é inexistente para problemas como infanticídio, suicídio, alcoolismo, dependência a drogas, homicídio, violência intrafamiliar,

violações, aborto, síndromes culturalmente denominados, cirrose hepática, automedicação. Quase todos esses padecimentos e problemas, assim como a AIDS, têm que ver com o "ocultamento" intencional ou funcional da informação, mas sobretudo com a falta de interesse na modificação das estratégias metodológicas.

Assim, deve-se lembrar que vários dos padecimentos assinalados constituem algumas das principais causas de mortalidade em vários países latino-americanos tanto a nível geral quanto de grupos de idade, em particular. Ou seja, a não aplicação de técnicas qualitativas de obtenção de informação e de análise no estudo desses padecimentos não é devido a importância secundária dos mesmos, mas a outras causas que, em grande medida, estão relacionadas à concepção metodológica na construção da informação e à sobredeterminação do Modelo Médico Hegemônico[14].O registro de informação com respeito aos padecimentos assinalados deve, por sua vez, ser articulado com o tipo de informação produzida a nível estatístico para tais problemas. Se observarmos, por exemplo, o tipo de "dado" produzido epidemiologicamente para um problema como o "alcoolismo", inclusive em países com tradição de investigação neste campo como o México[15], podemos notar que, depois de quase trinta anos de produzir *surveys* epidemiológicos sobre esta problemática, as *variáveis* tomadas em conta continuam sendo reiteradas sem que tenham gerado contribuições substantivas diferenciais (ver Menéndez, 1990ª; Menéndez e Di Pardo, 1996b).

Em todas elas se conclui que o alcoolismo opera em homens de determinadas idades, sendo a maioria pertencente a determinados estratos sociais, que professam determinada religião, que têm determinado nível educacional formal, etc., mas sem produzir conteúdos em termos de significações e práticas que nos permitam trabalhar com tais variáveis. Embora se fale em levar em conta os padrões de consumo e as dinâmicas culturais, e inclusive alguns proponham estudar o saber dos conjuntos sociais dado que consideram o "alcoolismo" como parte da religiosidade popular, tal informação não se produz, salvo raras exceções, e as reiteradas investigações estatísticas continuam sem apresentar dados estratégicos para trabalhar com os comportamentos e com as estruturas sociais.

Mais ainda, o México produziu nos últimos cinco anos duas enquetes a nível nacional sobre drogadições (SSA 1990 e 1993), incluindo nestas o alcoolismo, e seus dados continuam a reiterar o uso das variáveis já conhecidas, sem produzir a informação que possibilitaria um tipo de interpretação e de ação pelo menos diferentes daquelas já dominantes.

Por outro lado, a Enquete Nacional de Saúde (SSA 1988) que detectou enfermidades crônicas por grupos de idade, codificou *diabetes melllitus*, hipertensão, bronquite, cardiopatias, artrite, desnutrição, tuberculose, epilepsia, cegueira, surdez, retardo mental e outras causas. Entretanto, não detectou cirrose hepática em termos de morbidade, embora seja uma das primeiras dez causas de mortalidade, constitua a primeira ou segunda causa de morte em grupos em idade produ-

tiva, seja a principal causa de hospitalização nos serviços de gastroenterologia e implique uma evolução patológica de entre oito e doze anos. Isso quer dizer que não só o alcoolismo levanta problemas para os epidemiólogos, como também a cirrose hepática.

A mudança para primeiro plano das enfermidades crônico-degenerativas também favoreceu o reconhecimento das técnicas qualitativas, dado a crescente importância outorgada aos estilos de vida tanto na causação como para o controle e, sobretudo, autocontrole destas doenças. A recente ênfase dada a experiência do sujeito enfermo, a convivência com "seu" padecimento e o "autocuidado" como expressões que podem assegurar uma maior esperança e qualidade de vida, reforçam ainda mais a significação das técnicas qualitativas.

Estas últimas referências nos conduzem a outro fator que tem dado impulso ao desenvolvimento da abordagem qualitativa. As propostas de Atenção Primária, não só as de Atenção Primária Integral e Seletiva, mas também as de Atenção Médica Primária, supõem a inclusão de atividades de participação social e organização comunitária, a utilização de práticas populares ou o impulso da educação para a saúde. Todas estas ações implicam a necessidade de produzir informação clínica ou epidemiológica estratégica, para o que as técnicas qualitativas tornam-se decisivas.

É preciso assumir, em toda sua significação, que a maioria da informação a ser obtida para dar impulso a estas estratégias refere-se a processos sociais, culturais, ideológicos e políticos e que, além disso, é requerido incluir a ação a partir não apenas dos serviços de saúde, senão, sobretudo, a partir da própria população. Se isto é assumido realmente, e não apenas como proposta burocrática ou meramente declarativa, supõe a utilização de uma abordagem qualitativa. Conseqüentemente, se é "real" a preocupação com a Atenção Primária e com os Sistemas Locais de Saúde (SILOS), tais objetivos requerem o desenvolvimento de uma epidemiologia não só do patológico, mas dos "comportamentos normais", assim como, portanto, sua relação com a estrutura e organização social a nível local. Este é um ponto que mereceria discussão a partir de uma análise, por exemplo, das propostas de Atenção Primária e de como são realmente levadas a cabo[16].

DE EROSÕES METODOLÓGICAS E MEDICALIZAÇÕES

Faz poucos anos alguns dos mais destacados antropólogos médicos atuais, entre os quais estava M. Lock, levantaram o perigo de medicalização da Antropologia Médica, pelo menos nos Estados Unidos e no Canadá. Esta discussão se apoiava sobre um aspecto que vem a ser desconhecido pelos sanitaristas, porém também pelos antropólogos latino-americanos. Me refiro ao fato de que a Antropologia Médica constitui nos EUA a disciplina antropológica de maior expansão nos últimos dez anos, é a primeira ou segunda especialidade com maior número

de membros ativos, a que produziu o maior número de revistas especializadas recentes, a que logra maior número de postos ocupacionais e um dos campos com maiores recursos financeiros.

Esta expansão tem a ver com vários dos aspectos analisados, em particular, com a aplicação da abordagem antropológica à investigação e ação em Atenção Primária e sobre enfermidades crônicas, AIDS, drogadição, violências e saúde reprodutiva, para os quais existem maiores fontes e quantias de financiamento.

O perigo de medicalização da antropologia era referido, a nível dos países centrais, à ênfase na especialização antropológica correlativa da especialização médica, a que o quantum maior de investigações epidemiológicas optavam pelo enfoque ecológico cultural que é o mais similar, em suas concepções metodológicas e técnicas, ao enfoque epidemiológico, a um incremento constante de investigações de recorte empirista, a uma crescente subordinação teórico-metodológica ao Modelo Médico Hegemônico, etc.

Se bem que nossa experiência na América Latina não pode ser referida a estes processos, pelo menos tal como foram analisados por antropólogos norte-americanos, canadenses e britânicos, há, não obstante, alguns fatos que compartilhamos, em grande medida porque foram desenhados e receberam impulso de antropólogos e sanitaristas norte-americanos a partir de suas investigações na América Latina. Destes um dos mais destacados e de relativa expansão tem a ver com o desenvolvimento de tecnologias rápidas de obtenção de informação e de análise. Assim foram produzidos vários manuais de “etnografia rápida” voltados para a obtenção de informação epidemiológica e sobre serviços de saúde (ver Scrimshaw e Hurtado, 1988; Herman e Bentlee, 1992).

Em função da informação que manejo a respeito da América Latina, as “etnografias rápidas” referidas ao processo s/e/a foram utilizadas basicamente por médicos e paramédicos ou, para ser mais preciso, por equipes de saúde. Pode haver antropólogos, geralmente norte-americanos, entre os introdutores desta tecnologia, porém, em geral, sua instrumentação não esteve a cargo de antropólogos.

As etnografias rápidas partem de um fato que reiteradamente observamos em nosso trabalho antropológico e que é justamente o que permitiu fundamentar a significação das abordagens qualitativas. O trabalho com poucos informantes, mas em profundidade, permite construir o perfil epidemiológico de um grupo determinado, porém, além disso, possibilita a inclusão de informação econômica, política, sociocultural no estudo de tais padecimentos. Mais ainda, esta epidemiologia permite “encontrar” informação sobre padecimentos geralmente relegados ou inexistentes nas enquetes epidemiológicas, assim como interpretações a partir do ponto de vista dos atores que permitiriam programar e desenvolver atividades específicas. Porém, esta forma de trabalho antropológico supõe o emprego de um *largo* e profundo trabalho de campo, em termos comparativos

com o trabalho epidemiológico. Por outro lado, esta metodologia supõe uma abordagem de tipo holístico que, embora não se cumpra em sentido integral, opera como marco referencial de nosso trabalho.

A proposta de "etnografias rápidas" implica despojar o trabalho antropológico não só de seu marco referencial holístico, como de sua profundidade. Esta forma de trabalho leva a que aconteça o que já se produziu, por exemplo, com respeito ao conceito estilo de vida; quer dizer, a erodir a capacidade teórico-prática dos instrumentos sócio-antropológicos. Estas modificações se ajustam às concepções de Atenção Médica Primária e, em certa medida, de Atenção Primária Seletiva e podem ter potencialidade operativa, porém praticamente impossibilitam obter o que constitui parte do núcleo da proposta antropológica: as significações das representações e das práticas dos conjuntos sociais.

A meu ver esta proposta encobre um fato decisivo: alguns dos que lhe deram impulso têm uma ampla experiência em trabalho antropológico junto a seus grupos de interesse. É em função deste saber vivenciado que construíram modalidades de obtenção de informação e de intervenção transmissíveis apenas através de um tipo de aprendizagem que implica tempo e trabalho de campo, o qual não se dá. Em sua proposta, estes investigadores não incluem como variável decisiva o papel de sua própria experiência profissional, des-historicizando seu instrumento metodológico, para reduzi-lo a um recurso técnico. Este fato, que ao nosso ver é determinante, praticamente não é analisado na proposta das etnografias rápidas.

Outro fato que não aparece suficientemente ponderado refere-se a utilização de trabalhadores de saúde locais para levar a cabo estes trabalhos de etnografia rápida. A experiência antropológica, assim como os programas de Atenção Primária integrais, tem verificado constantemente a viabilidade de produzir não apenas curadores locais que manejem técnicas biomédicas como também que possam gerar uma epidemiologia local (ver Kroeger, Montoea-Aguilar e Bichman, 1989). Porém esta possibilidade está montada, no que toca a produção de dados epidemiológicos e antropológicos, em que tais trabalhadores sejam membros do grupo com o qual trabalham. Quando esta metodologia trata de ser apropriada, em termos de investigação, por pessoas que não têm esta pertença ao grupo ou que não têm o saber acumulado já assinalado, ocorrem problemas.

A esse respeito, há um ponto que me interessa enfatizar e que se refere à forma pela qual a abordagem de tipo qualitativo está sendo utilizada pelo pessoal oficial de saúde e também por membros de organizações não governamentais (ONGs). Este uso está gerando a redução dos instrumentos teórico-metodológicos a receitas técnicas e fazendo com que os financiamentos assim como as urgências e as necessidades de entregar resultados passem a determinar o uso das técnicas. Tanto em pesquisa como em pesquisa-ação sobre aspectos da realidade e problemas que requerem justamente uma metodologia baseada, em grande medida, no *tempo*, estão sendo aplicadas metodologias de urgência[17].

A ênfase no qualitativo, o "falar" de etnografias porém rápidas, o incluir uma terminologia que refere-se a significações, sentidos, representações, saberes, identidades e, ultimamente, subjetividades; a conversão de instrumentos que potencialmente produzem "etnografias profundas" em instrumentos que produzem dados urgentes porém freqüentemente superficiais, supõe a necessidade de começar a aclarar o sentido desta tendência que tende a apropriar-se de um corpo de palavras que se referem a uma metodologia de tipo antropológico, porém que estão sendo re-significadas a partir de uma concepção não qualitativa do "dado" produzido, que na prática tende a separá-lo da referência teórica. Isto está se dando não só em trabalhos realizados segundo uma perspectiva sanitarista, como também em investigações ditas antropológicas.

O perigo do mau uso do qualitativo é que pode dar lugar a várias deformações: hiper-empirismo, a-teoricismo, qualidade duvidosa ou não estratégica da informação, etc. ao interior da própria Antropologia Médica. Quer dizer, pode chegar a replicar as características dominantes em muita da produção epidemiológica e sociológica, que paradoxalmente questionou. A abordagem qualitativa supõe não apenas o uso de determinadas palavras mas um rigoroso controle epistemológico a nível artesanal, assim como um questionamento metodológico das urgências[18].

REFERÊNCIAS

BASTIDE, R. (1967). *Sociología de las enfermedades mentales*. México: Siglo XXI Editores

BIBEAU, G. (1987). Nouvelles directions dans l'anthopologie medico-psychiatrique nord-americaine. *Santé, Culture, Health* IV(2): 4-21.

BIBEAU, G. (1993). ¿Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino de la Antropología Médica para nuestro tiempo. In Pinzón, Suarez e Garay (Eds.), *Cultura y salud en la construcción de las Américas*. Bogotá: COLCULTURA, pp. 42-70.

BUCK, C. (Ed.) (1988). *El Desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Organización Panamericana de la Salud, Public. Científica Nº 505, Washington D.C., pp. 13-17, 87-100, 155-171, 881-899.

CAUDILL, W. (1953). Applied anthropology in medicine. In Kroeber (Edit.), *Anthropology Today*. Chicago: University of Chicago Press.

CASSEL, J. C. (1955). A comprehensive health program among South African Zulus. In B. Paul (Ed.), *Health, Culture and Community*. Nova York: Russell Sage.

CASSEL, J. e H. TROYLER. (1988), Estudios epidemiológicos de cambios culturales. In C. Buck (edit.), *El Desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas*

seleccionadas. Organización Panamericana de la Salud, Public. Científica Nº 505, Washington D.C., pp. 382-92.

CONRAD, P. e J. SCHNEIDER. (1980). *Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness*. St. Louis: C. V .Mosby.

COREIL, J.(Edit.). (1985). Life-Style. An emergent concept in the sociomedical sciences. *Culture, Medicine & Psychiatry*, 9: 243-37.

CORIN, E. (1988). La culture, voie royale vers l'elaboration d'une psychiatrie scientifique. *Santé, Culture & Health*, V(2): 157-76.

DEVEREUX, G. (1937). Institutionalized Homosexuality of the Mohave Indians. *Human Biology*, 9: 498-527.

DOUGLAS, J. (Ed.), (1970). *Deaviance & Respectability. The Social Construction of Moral Meanings*. Nova York: Basic Books.

DUNN, F. e C. JANES. (1986). Introduction. In Janes, Stall e Gifford (Eds.), *Medical Anthropology and Epidemiology*, pp. 3-34.

DURKHEIM, E. (1974). *El Suicidio*. México: UNAM.

DYNAMIS, 1980-1995. Granada: Universidad de Granada.

FITZPATRICK, R. e G. SCAMBLER. (1990). Clase social, etnicidad y enfermedad. In R. Fitzpatrick e G. Scambler: *La enfermedad como experiencia*. México: Fondo de Cultura Económica, pp. 65-97

GAINES, A. .(Edit.). (1992). *Ethnopsychiatry. The Cultural Construction of Professional and Forlk Psychiatries*. Albany: State University of New York Press

HERMAN, E. e M. BENTLEY. (1992). Manuals for ethongrafic data collection: experience and issues. *Social Science and Medicine* 35(11): 1369-1378.

HORTON, D. (1991). Las funciones del alcohol en las sociedades primitivas. In E. L. Menéndez (Ed.), *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política: 1930-1979*. México: Ediciones de la Casa Chata, pp. 35-64.

JANES, C.; R. STALL e S. GIFFORD (Edit.). (1986). *Anthropology and Epidemiology. Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease*. Dordrectht: D. Reidel Pub. Co.

KROEGER, A.; C. MONTOYA-AGUILAR e W. BICHMAN. (1989). *Materiales de enseñanza sobre el uso de la epidemiología en la atención de salud a nivel de sistemas locales de salud (SILOS)*. Heidelberg: Universidad Heidelberg/OMS

LOCK, M. e D. GORDON (Edits.). (1988). *Biomedicine Examined*. Dordrecht: Kluwer Academic Publics.

MACKWEON, T. (1976). *The Modern Rise of Population*. Nova York: Academic Press.

MENDOZA, Z. (1994). *De lo biomédico a lo popular. El proceso salud/enfermedad/*

atención en San Juan Copala, Oaxaca. México: Tese de Maestría Social, ENAH (Mimeo.).

MENÉNDEZ, E. L. (1984). Descripción y análisis de las representaciones y prácticas de grupos domésticos sobre la mortalidad en niños menores de cinco años en una comunidad de Guanajuato. *Ms*. 378 ps. México.

MENÉNDEZ, E. L. (1990a). *Morir de Alcohol. Saber y hegemonía médica*. México: Alianza Edit. Mexicana/CONACULT.

MENÉNDEZ, E. L. (1990b). Antropología Médica en México. Hacia la construcción de una epidemiología sociocultural. In E. L. Menéndez, *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata Nº 179: 25-50.

MENÉNDEZ, E. L. (1990c). Autoatención y automedicación. Un sistema de transacciones sociales permanentes. In E. L. Menéndez, *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata Nº 179: 165-204.

MENÉNDEZ, E. L. (1990d). Medicina tradicional o sistemas práctico-ideológicos de los conjuntos sociales como primer nivel de atención. In E. L. Menéndez, *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata Nº 179: 205-30.

MENÉNDEZ, E. L. (1990e). *Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones*. México: CIESAS, Cuadernos de la Casa Chata Nº 179.

MENÉNDEZ, E. L. (1994). La enfermedad y la curación: ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* 4(7): 71-83, México.

MENÉNDEZ. E. L.(Ed.). (1991). *Antropología del alcoholismo en México. Los límites culturales de la economía política. 1930-1979*. México: Ediciones de la Casa Chata.

MENÉNDEZ, E. L. e RENÉE DI PARDO. (1981). *Alcoholismo (I). Características y funciones del proceso de alcoholización*. México: Cuaderno de la Casa Chata Nº 56.

MENÉNDEZ, E. L. (1996a). *De algunos alcoholismos y de algunos saberes. Atención Primaria y proceso de alcoholización en México*. México: Colec. Othon de Mendizabal, CIESAS.

MENÉNDEZ, E. L. (1996b). *Alcoholismo, especializaciones y desencantos*. México: Ms.

MORGAN, P. (1983). Alcohol, Disinhibition and Domination: A Conceptual Analysis. In R. Room e G. Collins (Eds.), *Alcohol and Disinnhibition: Nature and Meaning of the Link*. Rockville: N. I. A. A., pp. 405-20.

MOSLEY, W. H. (1988). Determinantes biológicos y socioeconómicos de la sobrevivencia en la infancia. *Salud Pública*, 30(3): 312-28.

NÁJERA, E. (1988). Comentarios. In Buck (Edit.), *El Desafío de la Epidemiología. Pro-*

blemas y lecturas seleccionadas. Organización Panamericana de la Salud, Public. Científica Nº 505, Washington D.C., pp. 3-17, 87-100, 155-71, 881-99.

NATIONS, M. (1986). Epidemiological Research on Infectious Disease: Quantitative Rigor or Rigormortis?. Insights Ethnomedicine. In Janes, Stall e Gifford (Eds.), *Anthropology and Epidemiology. Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease*. Dordrectht: D. Reidel Pub. Co., pp. 97-124.

OPLER, M. (1959). *Culture and Mental Health*. Nova York: MacMillan.

OSORIO, R. M. (1994). *La cultura médica materna y la salud infantil. Síntesis de representaciones y prácticas sociales en un grupo de madres de familia*. México: Tese de Maestría Social, ENAH (Mimeo.).

PAUL, R. (1989). Psychoanalytic Anthropology. In *Annual Review of Anthropology* 18: 177.

RENAUD, M. (1992). De la epidemiología social a la sociología de la prevención: 15 años de investigación sobre la etiología social de la emnfermedad. In *Cuadernos Médico-Sociales* 60: 49-66, Rosario.

SCOTT, R. (1970). The Construction of Conceptions of Stigma by Professional Experts. In Douglas (Ed.), *Deaviance & Respectability. The Social Construction of Moral Meanings*. Nova York: Basic Books, pp. 255-90.

SCRIMSHAW, S. e E. HURTADO. (1988). *Procedimientos de asesoría rápida para programas de nutrición y atención primaria de salud*. México: UNICEF/UCLA

SECRETARÍA DE SALUD (1988). *Encuesta Nacional de Salud*. México, SS.

SECRETARÍA DE SALUD (1990). *Encuesta Nacional de Adicciones*. México, SS.

SECRETARÍA DE SALUD (1993). *Encuesta Nacional de Adicciones. Alcohol*. México: SS.

STEIN, H. O. (1985). Alcoholism as metaphor in American Culture: Ritual desecration as social integration. In *Ethos* 13(3): 195-235.

STEIN, H. 0 (1990). *American Medicine as Culture*. Boulder: Westview Press.

TERRIS, M. (1988). Comentarios. In Buck (Edit.), *El Desafío de la Epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Organización Panamericana de la Salud, Public. Científica Nº 505, Washington D.C., pp. 3-17, 87-100, 155-71, 881-99.

TROSTLE, J. (1986a). Early work in Anthropology and Epidemiology: From Social Medicine to the Germ Theory, 1840 to 1920. In Janes, Craig, Stall e Gifford (Eds.), *Anthropology and Epidemiology. Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease*. Dordrectht: D. Reidel Pub. Co., pp. 35-58

TROSTLE, J. (1986b). Anthropology and Epidemiology in the Twenty Century: A selective history o collaborative projects and theoretical affinities, 1920 to 1970. In Janes, Craig, Stall e Gifford (Ed.), *Anthropology and Epidemiology. Interdisciplinary*

Approaches to the Study of Health and Disease. Dordrectht: D. Reidel Pub. Co., pp. 59-96.

UGALDE, A. (1985). Ideological dimensions of community participation in Latin American Health Programs. In *Social Science & Medicine*, 21(1): 41-52 (também em *Cuadernos Médico-Sociales* 41: 27-43).

YOUNG, A. (1982). The Anthropologies of illness and sickness. In *Annual Review of Anthropology*, 11: 257-85.

NOTAS

[1] Ao interior de ambas disciplinas existem diferentes correntes teórico/metodológicas, porém nossa análise se reduzirá às tendências dominantes em cada uma delas.

[2] Esta afirmação reconhece que a Epidemiologia Social coloca o eixo de seus interesses na dimensão econômico-política, existindo assim pontos de contato com a denominada Antropologia Médica Crítica. É importante observar, contudo, que a Epidemiologia Social não só inclui informação de tipo sociocultural ou ideológico como tampouco a Antropologia Médica se restringe aos processos econômico-políticos, conforme apontam algumas tendências.

[3] Estas conclusões não ignoram que algumas das principais contribuições em epidemiologia histórica foram realizadas por epidemiólogos. Assim MacKeown (1976), analisando dados epidemiológicos em uma série histórica larga, demonstrou, para vários países europeus, a reduzida significação da biomedicina na eliminação das principais enfermidades infecto-contagiosas durante a segunda metade do século XIX e primeiras décadas do século XX.

[4] O sanitarismo britânico, que utilizou desde cedo e amplamente este conceito, foi notadamente influenciado pelos estudos sociohistóricos sobre cultura trabalhadora. Ver Fitzpatrick e Scambler, 1990.

[5] Recordemos que o conceito de *hábito* era utilizado com este nome por uma parte da sociologia e antropologia norte-americana e com o nome de estilo por uma parte dos historicistas alemães mais de trinta anos antes que Bourdieu o utilizasse de forma quase idêntica.[6] Consideramos que *um saber* se constitui pela articulação de representações e práticas a partir de um efeito de poder que opera nas relações de hegemonia/subalternidade de onde se joga dito saber.

[7] Para uma revisão deste tipo, ver a análise da participação social em saúde na América Latina realizada por Ugalde, 1985.

[8] Ver a discussão sobre o *continuum* folk-urbano para América Latina. Recordemos que vários dos principais teóricos desta proposta, em particular Redfield e Foster, a realizaram a partir da realidade mexicana. Não é casual tampouco que as tipologias transicionais incluíram características do processo s/e/a, dado que ditos autores são alguns dos "pais fundadores" dos estudos etnomédicos para América Latina.

[9] Esta teoria na América Latina não pode dar conta em termos técnicos de vários processos, entre os quais sublinhamos: a) o papel das "violências" ou da cirrose hepática no perfil epidemiológico "antes" e durante a transição; b) o retorno de padecimentos como o dengue hemorrágico, o cólera ou a tuberculose; c) o papel das novas enfermidades infecto-contagiosas que não podem ser reduzi-

das a AIDS; d) a constatação de que no perfil da morbidade determinados padecimentos infecto-contagiosos continuam sendo os episódios mais freqüentes e recorrentes, o que não é explicado por uma proposta de transição centrada na mortalidade. A carência de um marco teórico conduz a sérias incongruências no manejo dos dados empíricos, porém, além disso, possibilita a inclusão "objetiva" dos condicionantes ideológicos. Assim, dentro desta "teoria", não há resposta teórica para perguntas referidas a direção para qual se orienta a transição por exemplo no que toca os homicídios: para um modelo como o da Comunidade Européia com baixas taxas ou para um modelo norte-americano com taxas altas e em incremento?

[10] Para dar um exemplo facilmente reconhecível: quando epidemiólogos e sociólogos utilizam o conceito ou indicador nível educacional — entendido como educação formal — e referem-no a comportamentos maternos ou migratórios, está a operar um suposto não explicitado de que ditos níveis estão referidos a *fatores culturais*. Esta significação emerge sobretudo na discussão dos resultados.

[11] A proposta durkheimiana é criticável sob muitos aspectos, porém, não obstante, contém algumas das contribuições que diferenciam e legitimam a aplicação do enfoque socioantropológico ao processo s/e/a. Suas contribuições não se referem só a sua proposta de estudar o processo s/e/a em termos de representações e de práticas (rituais) coletivos, senão também a necessidade de construir o dado a partir da teoria e de uma metodologia da ruptura. Não se pode realmente compreender Bachelard, Canguilhen ou Foucault passando por Mauss e Bourdieu sem rever em profundidade Durkheim. O principal problema de sua proposta reside na "eliminação" do sujeito, mais claramente expresso no fato de que as significações são referidas às representações e práticas dos conjuntos sociais e não dos indivíduos, eliminando uma das principais fontes de sentido. A partir dessa perspectiva sua análise do suicídio em termos de representações e práticas coletivas constitui um ato de *provocação metodológica*.

[12] Em uma perspectiva epidemiológica os trabalhos de Cassel (1955, 1988) e de alguns psiquiatras culturais (ver Bastide, 1967; Corin, 1988; Devereux, 1937; Opler, 1959) estabeleceram as possibilidades de articulação, ao incorporar as dimensões socioculturais ao estudo da enfermidade mental. A esse respeito, não é casual que estes antropólogos, porém também estes epidemiólogos, tiveram experiência "etnográfica" com grupos não ocidentais .

[13] Por *integrado*, queremos assinalar que no perfil se incluem o conjunto de padecimentos, penas, dores, problemas ou enfermidades, sintetizando concepções e práticas advindas de diferentes saberes. Esta qualidade de síntese provisória é necessária para assegurar o processo de reprodução biosocial. Em vários trabalhos que realizamos ou supervisionamos podemos verificar reiteradamente que os grupos atuam frente a um padecimento segundo determinada normatividade social, a qual deixa de operar se o tratamento selecionado não resulta eficaz, recorrendo-se, então, a outras estratégias de intervenção, determinadas por sua capacidade/possibilidade de utilizá-las. Assim as mães deixam de diagnosticar empacho ou mal olhado e passam a re-significá-los como gastroenterite se as ações não dão resultado e vice-versa (Ver Mendoza, 1994; Menéndez, 1984, 1990d; Osorio, 1994). A codificação dos padecimentos em termos de enfermidades dos "curandeiros" e enfermidades dos "médicos" construída e codificada por toda uma corrente de investigações antropológicas, se constituiu observando-se quase exclusivamente representações sem referências às práticas. Nas práticas a enfermidade emerge como processo de síntese.

[14] O fato de que a preocupação com e compilação de informação mais confiável sobre problemas/padecimentos como violência intrafamiliar, violência a criança, violações, situação dos doentes mentais ou contaminação foi produzida por ONGs e não por serviços de saúde públicos e privados reforça esse ponto.

[15] A mortalidade por alcoolismo, medida através de indicadores diretos e indiretos, constitui uma das primeiras causas de morte no México em idade produtiva, tanto para homens como para mulheres (Ver Menéndez e Di Pardo, 1981, 1996b; Menéndez, 1990a).

[16] É óbvio que as propostas de investigar a "saúde positiva", a "qualidade de vida" ou os recursos que os sujeitos/grupos têm para enfrentar seus padecimentos (*coping*), merecem, ainda mais, a aplicação de uma abordagem de tipo qualitativa.

[17] Aclaremos que a urgência na produção de resultados não constitui uma particularidade das ciências da saúde. Há anos, quando uma parte dos sociólogos "redescobriram" o qualitativo, converteram alguns instrumentos qualitativos em técnicas rápidas. Um dos primeiros exemplos foi a conversão das histórias de vida socioantropológicas em histórias de vida estruturais de por volta de uma página e meia e constituídas por uma enumeração de variáveis similares a um perfil demográfico e ocupacional. Nos últimos anos ocorreram vários experimentos interessantes que tiveram rápida difusão. Um deles é a aplicação do critério de "saturação" às entrevistas em profundidade ou às histórias de vida o que, entre outras coisas, implicou a não possibilidade de construir padrões de comportamentos "reais". Outro, o desenvolvimento dos "grupos focais" manejados com as mesmas características aplicadas nas "entrevistas de mercado". E um último exemplo é o que postula uma única entrevista como meio através do qual emergem as representações e práticas dos sujeitos referidos a problemas como AIDS, saúde reprodutiva ou violações. A discussão dos fundamentos metodológicos destas modificações deve incluir o papel das urgências e dos financiamentos.

[18] Não desconhecemos a utilização de técnicas qualitativas no trabalho sanitarista latino-americano que no caso do México está referida quase exclusivamente ao uso de serviços de saúde, porém considero que esta, além de ser muito escassa, não está integrada ao trabalho epidemiológico e aparece como um produto paralelo.

RELAÇÕES ENTRE EPIDEMIOLOGIA E ANTROPOLOGIA

Mabel Grimberg

No nos une el amor sino el espanto...
Borges

INTRODUÇÃO

Nos últimos dez anos tem sido afirmado o reconhecimento do caráter complexo e multidimensional dos problemas de saúde-enfermidade e, correlativamente, a necessidade de articulação entre distintas abordagens. De fato, está hoje claro que a complexidade da maior parte dos problemas de saúde-enfermidade excede as categorias analíticas, as metodologias e técnicas – de estudo e intervenção – dos atuais e estreitos marcos disciplinares. Os requerimentos de interdisciplina estão cada vez mais a vista e são cada vez mais numerosos tanto em termos de discurso acadêmico como político institucional.

Parte deste reconhecimento se manifesta nas propostas – embora segundo nosso critérios ainda iniciais – de incluir a análise sociocultural e o uso de métodos qualitativos em alguns programas de investigação impulsionados por organismos e fundações internacionais[1] e em programas de pós-graduação[2]. A incorporação de enfoques qualitativos e especificamente de estudos etnográficos em linhas de investigação epidemiológicas pode abrir importantes perspectivas na análise das relações entre saúde e práticas sociais. Entretanto, deve notar-se que esta tendência parece basicamente reduzida àquelas propostas que vinculam em termos causais problemas de saúde a "comportamentos" de determinados indivíduos ou grupos (Standig, 1992; Glick Schiller, 1994).Neste contexto, resulta de sumo interesse a crescente preocupação com as relações entre epidemiologia e antropologia em encontros e outros eventos acadêmicos, assim como a sistemática aparição da temática em distintas publicações sobretudo dos EUA e Canadá (Janes, C. R. et al.. 1986; True, 1990). Lamentavelmente, como assinalam vários trabalhos, as relações entre epidemiologia e antropologia são todavia escassas e pontuais e com notórias dificuldades, ao mesmo tempo em que as iniciativas parecem responder mais a preocupações surgidas do campo antropológico (Inhorn, 1995). Na maior parte dos países da América Latina as experiências de colaboração são escassas e a preocupação com a problemática, inicial e desigual, enquan-

to que na Argentina a reflexão sobre a problemática parece não ter se instaurado ainda[3].

Esta apresentação se inscreve em uma linha de reflexão teórico-metodológica do Programa de Antropologia y Saúde da Faculdade de Filosofia e Letras da universidade de Buenos Aires, centrada no estudo da constituição, perspectivas e problemas da Antropologia Médica, com ênfase no contexto latino-americano (Grimberg, 1992; 1994; 1995). Contribuiu de forma decisiva para esta linha o trabalho bibliográfico, assim como os resultados da primeira etapa de investigação sobre Construção Social e Hegemonia em sua aplicação ao caso HIV-AIDS[4]. Devo deixar claro, então, que as reflexões apresentadas aqui têm, em sua maior parte, como referência, bibliografia sócio-antropológica relacionada ao complexo HIV-AIDS.

Começo discutindo alguns aspectos da relação entre epidemiologia e antropologia que considero problemáticos, atendendo a questões relacionadas com as tradições históricas e os marcos dominantes de ambas disciplinas. Em uma segunda parte focalizo algumas condições para o encontro, para colocar na terceira algumas propostas que considero passíveis de aprofundar o caminho iniciado.

AS RELAÇÕES DIFÍCEIS: ENCONTROS E DESENCONTROS

Embora se enfatize a necessidade da articulação antropologia-epidemiologia tanto para um avanço significativo na compreensão e elaboração de estratégias globais frente a problemas de saúde-enfermidade (o HIV-AIDS é um exemplo), como para o próprio desenvolvimento de cada uma das disciplinas (Brown, 1992; Frankemberg, 1994; Almeida, 1992), a maior parte da bibliografia antropológica destaca as dificuldades, em termos de divergências e oposições, mais que os pontos ou possibilidades de encontro.

Considerando o peso das diferenças na abordagem, conceitualização e modalidade explicativa dos problemas de saúde-enfermidade entre ambas disciplinas, deve se reconhecer distintos níveis de dificuldades, que situam estas relações pelo menos como problemáticas. Tomando como ponto de partida a vigência de um discurso que planteia estas relações em termos de oposição, podemos organizar estas oposições sob quatro eixos:

a) O primeiro relativo ao modo de construção do objeto de estudo. Assim tem sido apontado que a epidemiologia trata a "enfermidade" a partir de uma definição profissional – a partir de categorias médicas – e se volta para determinar sua prevalência e incidência ("mais quantitativa"), abordagem sintetizado no estudo da distribuição e determinação da enfermidade nas populações. A antropologia, diferentemente, indaga "problemas" a partir de uma definição "popular", não profissional, ou a partir da perspectiva dos atores, utilizando "categorias

mais amplas e menos definidas" (Bibeau, 1992), focalizando a análise na "experiência" da enfermidade, nos sentidos culturais e nas relações sociais que constituem esta experiência (Kleiman, Eisembergl & Good, 1978; Kleiman, 1981).

b) Um segundo ponto remete a oposição objetividade/subjetividade, segundo a qual a epidemiologia se ocuparia de "entidades" (objetos empiricamente verificáveis), enquanto a antropologia atenderia os aspectos subjetivos e intersubjetivos das representações e práticas. Este ponto foi colocado em termos de uma oposição entre um reducionismo positivista – epidemiologia – e um holismo humanista – antropologia – (Fabrega, 1974; Gifford, 1986), que enfatiza as diferenças entre um conhecimento estatístico e um conhecimento interpretativo a partir das interações com os sujeitos. Paradoxalmente, este é um dos aspectos em que vem a centrar-se a possibilidade de complementaridade entre ambas disciplinas.

c) Outro eixo implica os modelos explicativos, em particular a causalidade. Neste sentido, tem sido apontado o predomínio na epidemiologia de modelos que implicam uma "causalidade linear", um "número limitado de fatores determinantes" (Bibeau, 1992), em sua maior parte focalizados em "comportamentos individuais" e em certas "características comuns" (idade, gênero, educação, etc.) dirigidos a identificar "grupos"/"comportamentos individuais de risco" (Standing, 1992; Glick Schiller, 1994). A partir de uma tradição mais holística, a antropologia privilegia modelos explicativos centrados na análise do "contexto" de produção ou construção dos problemas, atendendo ao contexto de significação cultural e aos aspectos subjetivos e intersubjetivos (Kleinman, Eisemberg & Good, 1978; Kleinman, 1981; Glick Schiller, 1994), ou incorporando a estes as "condições materiais" (Bibeau, 1992) e o "contexto histórico social" (Standing, 1992; Frankemberg, 1994).

d) Vinculado ao anterior, um quarto eixo inclui os métodos e as técnicas. De um lado, os estudos experimentais e sócio-estatísticos, o compromisso quantitativo, a abordagem extensiva e generalizante da epidemiologia; o privilégio da representatividade, as técnicas de análise probabilísticas, de validação de variáveis, a ênfase na padronização de instrumentos e no problema do controle. De outro, a bordagem intensiva e localizada da antropologia, o privilégio do estudo local, a análise de casos em profundidade, das histórias de vida e dos pequenos grupos, priorizando a significação dos processos e sua relação com o contexto sociocultural mais amplo, assim como os processos de interação entre investigador e sujeitos para a produção de conhecimento.

e) Um último aspecto a levar em conta: diferente da epidemiologia, que concebe a população em termos "agregado de indivíduos", constituindo-a em "objeto de intervenção profissional", a antropologia opera com conceitos como os de "comunidade", heterogeneidade social, cultural e econômica, enfatizando o papel dos atores como participantes na solução de problemas de saúde (Bibeau, 1992).

Uma análise mais profunda mostra, a meu ver, que um conjunto de reificações se encontram na base destas oposições, reificações da enfermidade e do corpo enfermo, do conhecimento e sua metodologia, etc. por parte da epidemiologia. Reificações da cultura e dos sujeitos, do tipo de conhecimento e sua metodologia, do alcance das significações, etc., por parte da antropologia.

Entretanto, é preciso se reconhecer que reificações deste tipo também se encontram na base das proposições que reduzem a possibilidade do encontro a incorporação de técnicas etnográficas para uma primeira etapa – exploratória – de uma investigação com metodologia quantitativa (estatística), ou a possibilidade de aprofundamento de algumas "variáveis" e "indicadores" para uma etapa posterior. Também expressam reificações propostas tais como as de complementar a preocupação epidemiológica com o "quem", "quando", "onde" e "como" dos processos de saúde-enfermidade, com o "porque" contextual da antropologia (Inhorn, 1995), ou a de construir uma etnografia epidemiológica (Janes, 1986). Definitivamente, é significativo que a maior parte das tentativas de articulação se mantenham exclusivamente no plano metodológico, sem abordar o problema das categorias e perspectiva de análise que sustentam o metodológico nas duas disciplinas.

Interessa, então, pelo menos assinalar algumas noções reificadas que estão em jogo.

Um problema básico é a noção biomédica de enfermidade como *entidade, estado ou processo natural – "objetivo" –* (mais facilmente anormalidades orgânicas), independente de todo processo histórico social e cultural de produção e definição. Em outras palavras, a proposição positivista de categorias biológicas como condições cientificamente verificáveis, submetidas a leis naturais (Conrad & Scheneider, 1985) e, portanto, de um conhecimento objetivo, livre de condicionamentos histórico-políticos e culturais (Singer, 1990). Tal naturalização permite obscurecer os processos que constituem os problemas de saúde, ao mesmo tempo, tanto em condições de vida emergentes quanto em construções culturais, em significantes sociais (Kleinman, 1981). Trata-se de uma reificação, por sua vez, que oculta as relações sociais (econômicas, políticas, ideológicas e culturais) e o caráter de construção social (histórico-política) destas categorias, assim como a ordem moral a que remetem. Impede sobretudo reconhecer sua contribuição ao crescente processo de medicalização de áreas chaves das práticas cotidianas dos conjuntos sociais, e o papel de parte da medicina de construção e expansão da enfermidade (Freidson, 1978).

Mais além das diferenças ou ponderações conceituais em que se firmam as distintas perspectivas, os estudos de antropologia médica vêm trazendo uma ampla gama de constatações em torno do caráter de construção – cultural, histórica social – da "enfermidade" e das categorias epidemiológicas.

Outro problema resulta da incorporação subordinada e naturalizadora que os enfoques multicausais e algumas perspectivas críticas à "historia natural da en-

fermidade" fazem do social e cultural. Esta se dá seja através de sua incorporação como mais um fator, reduzido a indicadores mensuráveis em termos de educação, sexo, idade, nível sócio-econômico, etc.; seja fragmentando e isolando em ações pontuais descontextualizadas uma categoria descritiva tão fértil como a de "estilos de vida", enfoque segundo o qual o sujeito se dilui ou aparece apenas a partir do lugar negativo da transgressão.

Um problema particularmente relevante se expressa nos estudos epidemiológicos de "grupos" ou "comportamentos de risco", que em sua maior parte, se constróem a partir de uma seleção de *condições ou propriedades* atribuídas como inerentes a ditos "grupos" ou "comportamentos", tais como os estudos de "homossexuais", "prostitutas" ou "drogadictos". Outro problema está na utilização de noções de senso comum no discurso médico como põe em evidência o peso que tem um termo como "promiscuidade" para descrever e explicar práticas sociais.

Estas reificações "de-historicizam" os conteúdos de "desaprovação de comportamentos perigosos" incluídos nas categorizações acerca do HIV-AIDS e suas vinculações com outras epidemias. A atualização e o reforço de processos de estigmatização e discriminação social de sujeitos e grupos sociais não pode ser considerada um "efeito não desejado" das categorias epidemiológicas; é estrutural a um processo mais amplo de construção social de identidades e práticas, que obtém sua validação científica através da medicina.

Sem embargo, outro tipo de problemática surge das correntes críticas da epidemiologia que, centradas na consideração das dimensões econômico-políticas dos processos de saúde-enfermidade, não consideram a dimensão da significação social, nem fazem uma contextualização com base nos processos que remetem às identidades e práticas dos sujeitos e grupos sociais.

Um conjunto de problemas se vincula às próprias reificações antropológicas, quer dizer, àqueles enfoques que reduzem *a enfermidade a construção cultural, significante social ou metáfora*, deixando fora da análise a "materialidade" do sofrimento e as mudanças na subjetividade; ou que separam conceitualmente "o material" e "o simbólico", sem considerar o contexto econômico, político e histórico desde o qual estos processos adquirem sua significação. Seus resultados constituem construções coisificadas e naturalizadoras da cultura, são enfoques estáticos de uma cultura sem sujeito, sem atividade, ou tipologias essencialistas de grupos e sujeitos, como o "outro da diferença", sem dar conta de relações, heterogeneidades e conflitos.

Por último, resultam problemáticas aquelas caracterizações que, a favor da simplificação e da generalidade, diluem a heterogeneidade e as disputas ao interior das disciplinas, sem considerar a vigência de paradigmas hegemônicos ou recuperar a necessidade de crítica sistemática aos mesmos. Parte desta problemática é recuperar conceitualmente o processo histórico conflitivo, os enfoques e

perspectivas marginais, os conceitos excluídos ou remodelados pelos enfoques dominantes. Parte desta problemática é também reconhecer a posição e a particular inserção da epidemiologia na Medicina, e da antropologia nesta e nas Ciências Sociais.

ALGUMAS PROPOSTAS

A partir destas considerações me permito sugerir que um ponto de partida geral de articulação só pode ser uma perspectiva crítica às reificações conceituais e metodológicas de ambas disciplinas, que historicamente instituíram a epidemiologia como subordinada – e em metodologia de investigação, auxiliar – à Clínica e Saúde Pública ou à Medicina Preventiva e, por outro lado, à antropologia como intermediária ou mediadora entre práticas clínicas ou Programas de Saúde e os conjuntos sociais subalternos, sejam estes indígenas, pobres rurais, urbanos, etc.

Neste aspecto considero que a Antropologia deve desenvolver com mais força um enfoque político e uma perspectiva histórica em seus estudos. Em primeiro lugar, como ponto de partida, gostaria de chamar atenção para pelo menos quatro dados de contexto:

a) No contexto de crise dos modelos de acumulação de capital e de regulação social a nível mundial, as políticas governamentais intensificaram em nossos países processos de concentração econômica e política que aprofundam a desigualdade, a fragmentação e a exclusão social em uma escala inédita. Talvez a crueza do modelo se expressa com claridade no crescimento do desemprego[5], no aumento das condições de precarização do emprego no marco de uma contínua perda global das condições de estabilidade laboral e de contratação e de uma constante deterioração salarial; na intensificação da crise das economias regionais e provinciais e, por fim, no aumento da pobreza em todos seus termos (novos pobres, maior número de pobres e pobres com maior pobreza). A perspectiva não é outra que o aprofundamento destas tendências, na medida em que a política vigente coloca o "crescimento econômico" na maior liberalização e desregulamentação dos mercados e no desenvolvimento de processos produtivos que supõem baixas taxas de emprego, intensificação da concentração e da competência, baixos salários combinados com estratégias de individualização das relações sociais, perda de conquistas laborais e sociais, desmantelamento das formas de organização e organização coletiva.

b) Ao mesmo tempo, o curso do atual processo de transformação do setor saúde gira em torno da descentralização e transferência de serviços às províncias e municípios, da restrição financeira ("desfinanciação") e na reforma do sistema de financiamento (denominado de "autogestão"). Com crueza este processo consolida e aprofunda condições prévias de heterogeneidade, fragmentação e pro-

funda desigualdade (ineficiência e iniquidade nas prestações sociais) que caracterizaram o modelo argentino. Neste sentido reafirma dois processos prévios: o fortalecimento e a concentração econômico-política do setor privado, e a mercantilização da saúde que reforça a orientação assistencialista individual do modelo. A isto se soma, por sua vez, o desgaste, descontinuidade ou suspensão direta de programas provinciais que incluíam algum nível de participação comunitária, seja devido a crise de financiamento, seja pelo descrédito das modalidades de "participação" colocadas, e/ou pelo agravamento de situações de conflito e disputas clientelísticas.

c) Neste marco de degradação das condições de vida, inexistência de políticas sociais e reestruturação /desmantelamento do "setor público de saúde", "velhos" e "novos" processos de saúde-enfermidade-atenção recompõem, em um cenário de tensão e conflito, o complexo entrecruzamento de relações de poder entre classes, gêneros, grupos sociais e étnicos; entre instituições e conjuntos sociais; e ao interior do "campo da saúde". Sem estender-me, a título de exemplo, e considerando as estatísticas oficiais disponíveis, só mencionarei o crescimento das pneumonias, tuberculose e sobretudo infeções evitáveis como o cólera, o sarampo, etc.; o fato de que as complicações da gravidez, parto e puerpério continuam sendo a quinta causa de morte entre mulheres de 15 a 49 anos; ou de que os acidentes são a primeira causa de morte entre os 1 e 15 anos, e a terceira entre os 15 e 49 anos. Estes e outros processos como a "drogadição", a violência a menores e mulheres indicam um complexo entrecruzamento de problemas diferenciais de caráter social, em um contexto de cada vez maior de precarização das condições sócio-sanitárias gerais.

d) Porém, além disso, deve ser considerada uma série de processos sociais a nível das identidades e práticas de sujeitos coletivos. Neste sentido, observa-se uma crescente medicalização de cada vez mais áreas da vida cotidiana que transforma avaliações, identidades e práticas sob o controle da unidade doméstica ou de alguns de seus membros ou das redes de parentesco ou solidariedade, ou sob o controle da igreja, em problemas que requerem intervenções e soluções médicas. Parte disto é a aparição de novas enfermidades e novos tratamentos médicos (hiperkinesis, anorexia, bulimia, etc.).

A partir destas considerações me permito sugerir como condição de articulação entre a epidemiologia e a antropologia :

Em primeiro lugar, priorizar um enfoque político que aborde os processos de saúde-enfermidade-atenção a partir das relações de poder que constituem um campo societal, heterogêneo, fragmentário e conflitivo. Este campo implica formas de desigualdade e estratificação social que incluem tanto relações econômicas como relações políticas, ideológicas e culturais. Estas duas últimas resultam particularmente pertinentes dado que sua análise permite captar mecanismos,

construções, etc. nos modos de interpretar, de definir problemas e cursos de ação individuais e coletivos, que podem se constituir em possibilidade de mascarar os processos e as condições da desigualdade e sua vinculação com os processos de saúde-enfermidade-atenção; assim como colocá-los em manifesto através de questionamento, resistências, impugnações, ou outros tipos de práticas sociais. Cabe notar, entretanto, que a relevância destes processos de questionamento e resistência não pode circunscrever-se apenas à análise das práticas dos conjuntos sociais; pelo contrário, gostaria de enfatizar sua pertinência para o estudo das práticas especializadas e profissionalizadas, incluídas aquelas enquadradas como epidemiológicas ou antropológicas.

Em segundo lugar, é preciso aprofundar o desenvolvimento de uma perspectiva dos sujeitos, que amplie os termos sócio-econômicos de "classe", "estrato", "pobres" urbanos ou rurais. Uma perspectiva que inclua o problema do gênero, dos grupos étnicos, das categorias de idade, como os jovens e os aposentados (jubilados), considerando a fragmentação social em níveis grupais, comunitários macro ou intermediário, como também no nível micro das unidades domésticas, as redes familiares e de solidariedade, etc. O ponto aqui é não só superar a concepção do coletivo como agregado de indivíduos, senão também superar o peso de noções economicistas, tipologistas e estigmatizadoras. Neste sentido, creio que deve se privilegiar a prática social, considerando os sujeitos como constituídos a partir de relações de hegemonia, de processos históricos concretos, a partir da lógica de suas práticas cotidianas de vida (trabalho, desocupação, consumo, sociabilidade etc.) e nas unidades sociais em que se encontram, focalizando sujeitos ativos que formam parte de um campo de forças mais amplo, enfrentando opções e desenvolvendo estratégias diversas cujo caráter deve ser problematizado.

Em terceiro lugar, é necessário reconhecer que, como coloca E. Menéndez, os problemas de saúde, os padecimentos e danos, comprometem o centro da cotidianeidade, constituindo eixos fundamentais na construção da subjetividade e da reprodução de qualquer sociedade. Neste sentido são fatos sociais frentes aos quais são desenvolvidas representações e práticas, incluída a construção de um saber técnico e especializado, profissionalizado. (Menéndez, 1992)

Fundamentamos, assim, a proposta de indagar, segundo uma perspectiva histórica e política, as representações e práticas sociais, as definições locais dos grupos, seu modo de problematizar, definir e estabelecer cursos de ação. Nesta linha, mais que avaliar condições de "risco", categoria problemática, considero necessário estudar os processos e condições que fragilizam os sujeitos e grupos, incluindo o conjunto de suas relações e condições econômicas, sociais, políticas, ideológicas e culturais de vida.

Porém, além disso, é preciso incluir na análise as condições de resposta coletiva aos problemas de saúde e de vida, as estratégias individuais e coletivas de proteção e de cuidado, considerando não só aquelas referidas à saúde-enfermida-

de, senão também aquelas vinculadas a formas coletivas de organização de identidades, de reivindicações ou direitos sociais e políticos. A multiplicidade de práticas e discursos, a disputa de sentidos em torno de problemáticas como as do HIV-AIDS ou da "droga" devem também ser objeto de análise. Isto é parte da forma "objetiva" que assume a enfermidade e sua distribuição desigual. Neste processo creio possível reconsiderar categorias médico-epidemiológicas e sócio-antropológicas.

Em quarto lugar, devemos nos posicionar fora de falsas dicotomias entre métodos qualitativos e quantitativos ou entre o nível micro e macro social. O fundamental é como se define o problema segundo uma perspectiva teórica, é daí que resultarão as possibilidades e alternativas metodológicas, – se primeiro são utilizadas técnicas como as de história de vida, observação com participação, e depois questionários auto-administrados ou si o desenho é de *survey*; se o material antropológico é prévio e serve para construir hipóteses de trabalho ou modelos analíticos, ou si é posterior a um estudo quantitativo e permite aprofundar aspectos emergentes, etc. O problema é construir categorias de análise que permitam dar conta e explicar; tudo dependerá dos desenhos de investigação a partir do "como" do problema.

A partir de um enfoque político me interessa por último destacar que o caráter do objeto de estudo, e o contexto de agravamento dos problemas acima apontados, impõem a necessidade de um compromisso de produzir desenhos que permitam um conhecimento que, além de dar conta das problemáticas e condições de saúde-enfermidade-atenção, possibilite a seus protagonistas um processo de reflexão e construção de ferramentas de controle, apropriação e modificação de suas condições de vida. Portanto, os desenhos devem conter os modos de intervenção dos sujeitos de estudo nos distintos níveis da investigação.

BIBLIOGRAFIA

AGGLETON, P. (1989). Perverts, Inverts and Experts: The Cultural Production of an AIDS Research Paradigm. In Aggleton, P., *Social Representation, Social Practice*. Nova York, London: The Falmer Press.

ALMEIDA, N. (1992). *A Clinica e a Epidemiologia*. Salvador, Rio de Janeiro: APCE-ABRASCO

ALMEIDA, N. (1992). Por una Etnoepidemiología (esbozo de un nuevo paradigma epidemiológico). In *Cuadernos Médico Sociales*, Nº 62, Rosario.

BIBEAU, G. (1993). ¿Hay una enfermedad en las Américas? Otro camino de la antropología médica para nuestro tiempo. In *Primer Simposio Internacional de cultura y salud. La cultura de la salud en la construcción de las Américas. VI Congreso de Antropología en Colombia*. Instituto Colombiano de Antropología. Vol. 1.

BROWN, P. J. (1992). Challenges for medical anthropology: notes from the new editor in chief. In *Medical Anthropology*, 15, 1.

CONRAD, P. e SCHNEIDER, J. (1985). *Deviance and Medicalization. From Badness to Sickness*. Columbus, Ohio: Merrill Publishing Company.

CONRAD, P. (1982). Sobre la medicalizacion de la anormalidad y el control social. In D. Ingleby, *Psiquiatria Critica. La política de la salud mental*. Barcelona: Crítica.

FABREGA, H. (1974). *Disease and Social Behavior: An Interdisciplinary Perspective*. Boston: MIT. Press.

FRANKENBERG, R. (1993). Risk: Anthropological and epidemiological narratives of prevention. In S. Lindenbaum e M. Lock (Eds.), *Knowledge, power and practice. The Anthropology of Medicine and everyday life*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.

FRANKENBERG, R. (1994). The impact of HIV-AIDS on concepts relating to risk and cultura within British community epidemiology: Candidates or targets for prevention. In *Social Science & Medicine*, 38 (10).

FREIDSON, E. (1978). *La profesion médica*. Barcelona: Ed. Península,

GIFFORD, S. M. (1986). The meaning of lumps: a case study of the ambiguities of risk. In *Anthropology and Epidemiology: Interdisciplinary Approaches to the Study of Health and Disease*. Rochester: D. Reidel.

GLICK SCILLER, N. (1994). Risky business: the cultural construction od AIDS risk groups. In *Social Science & Medicine*, 38(10).

GRIMBERG, M. (1992). Programas, actores y prácticas sociales. Encuentros y desencuentros entre antropología y políticas de salud. In *Salud y Cambio. Revista Chilena de Medicina Social*. Ano 3, Nº 8, Santiago de Chile.

GRIMBERG, M. (1994). Problemas conceptuales en Antropología Médica ¿Nuevos Paradigmas?. In A. Koren-Blit.(comp): *Ciencias Sociales y Medicina*. Buenos Aires: Instituto de Investigación de la Fac. de Ciencias Sociales.

GRIMBERG, M. (1995). Teorías, propuestas y prácticas sociales. Problemas teórico-metodológicos en Antropología y Salud. In Alvarez e M. Barreda (comp), *Cultura, Salud y Enfermedad. Temas de Antropología Médica*. Buenos Aires: Instituto Nacional de Antropología. Sec. de Cultura de la Nación.

GOOD, B. e DEL VECCIO GOOD, M. (1993). 'Learning Medicine'. The construction of medical knowledge at Harvard Medical School. In S. Lindenbaum e M. Lock (comp.): *Knowledge, Power and Practice. The Anthropology of Medicine and everyday life*. Berkeley: University of California Press.

HERZLICH, C. (1991). Problemática da Representação Social e sua Utilidade no Campo da doença. *Physis*, Revista de Saúde Coletiva, Vol. 1, Nº 2.

INHORN, M. (1995). Medical Anthropology and Epidemiology divergences or convergences?. In *Social Science and Medicine*, 40 (3).

JANES, C. R.; STALL, R.; GIFFORD, S. M. (1986). *Anthropology and Epidemiology: Interdisciplinary Approach to the Study of Health and Disease*. Dordrecht: D. Reidel.

KLEINMAN, A; .EISEMBERG, L; GOOD, B. (1978). Culture, illness and care: clinical lessons from anthropologic and crosscultural research. In *Ann. intern. Med.* 99 (25)

KLEINMAN, A. (1981). *Patients and Healers in the context of Culture. An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.

MENÉNDEZ, E. (1989). Reproducción social, mortalidad y antropología médica. In *Cuadernos Médico-Sociales*, pp. 49-50, Rosario.

MENÉNDEZ, E. (1992). Grupo doméstico y proceso salud/enfermedad/atención. Del "teoricismo" al movimiento contínuo. In *Cuadernos Médico-Sociales*, pp. 59, Rosario.

MENÉNDEZ, E. L. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? In *Alteridades* (UAM-Iztapalapa), Ano 4, Nº 7, México.

STANDING, H. (1992). AIDS. Conceptual and methodological issues in researching sexual behavior in Sub-saharian Africa. In *Social Science & Medicine*, 34(5).

TREICHLER, P. (1992). AIDS, HIV, and the cultural construction of reality. In G. Herd e S. Lindenbaum, The *time of AIDS. Social analysis, theory and method*. Newbury Park, Ca., EUA: Sage Publications.

TRUE, W. R. (1990). Epidemiology and medical anthropology. In T. M. Johnson and C. F. Sargent (Eds), *Medical anthropology: A Handbook of Theory about Method*. Nova York: Greewood Press, NY.

NOTAS

[1] Me refiro a programas tais como os de HIV-AIDS da OMS, os de Saúde Reprodutiva da OMS e fundações internacionais.

[2] Na Argentina alguns programas de pós-graduação, como o Mestrado em Saúde Pública da UBA e outros mestrados de centros privados incluem módulos de antropologia.

[3] Creio que isto deveria ser parte de um estudo específico. No caso da Argentina só posso mencionar alguns estudos como o Centro de Estudos Sanitários e Sociais da Associação Médica de Rosário.

[4] O programa inclui duas linhas de investigação: profissionais de saúde (médicos, pessoal de enfermaria e de administração); y mulheres jovens de 15 a 35 anos de setores populares da zona sul da cidade de Buenos Aires. Se realiza com o apoio de UBACyT y CONICET. Implementa um enfoque político do problema, como cenário conflitivo constituído a partir de relações de hegemonia.

A primeira etapa teve como objetivo estudar, na construção social da HIV-AIDS, as tensões conceituais e, em particular, os aspectos de normatização e controle social.

[5] Na Argentina o aumento de uma taxa de 12,2% em maio/94 para uma ainda não oficialmente reconhecida taxa de 18% em abril/95 representa um incremento de mais de 60% no número de desocupados para o conjunto das 25 cidades em que se realiza a Encuesta Permanente de Hogares.

REPENSANDO OS ESTUDOS SOBRE REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS EM SAÚDE/DOENÇA

Paulo César Alves
Miriam Cristina Rabelo

INTRODUÇÃO

Dentre o conjunto de trabalhos na área de saúde que mais têm procurado concretizar novas (ou revitalizadas) abordagens teórico-metodológicas, destacam-se aqueles que estão voltados para o estudo de "representações e práticas". É nessa linha que se insere o presente artigo. Mais especificamente, pretende apresentar alguns dos principais dilemas e controvérsias enfrentados por antropólogos e outros cientistas sociais quando, nos seus trabalhos, tratam das chamadas "representações e práticas" do fenômeno saúde/doença. Não procuramos fazer uma revisão bibliográfica mas apenas identificar algumas questões teóricas e metodológicas gerais. Acreditamos que o delineamento dessas questões é de fundamental importância para que possamos compreender alguns dos pressupostos sobre os quais repousam os estudos produzidos nessa área e os problemas que trazem para uma compreensão dos modos pelos quais os indivíduos vivenciam a doença, formulam sentidos e desenvolvem práticas conjuntas para lidar com ela.

Os trabalhos sobre representações e práticas em saúde/doença se multiplicaram no Brasil nas últimas duas décadas e sua contribuição é, sem dúvida, inestimável: têm ampliado nosso entendimento das matrizes culturais sobre as quais se erguem os conjuntos de significados e ações relativos a saúde e doença, característicos de diferentes grupos sociais, e tem servido, em grande medida, de contraponto aos estudos epidemiológicos que tendem a tratar o tema "doença e cultura" em termos de uma relação externa, passível de formulação na linguagem de "fatores condicionantes".

Um traço essencial dos trabalhos sobre "representações e práticas" é considerar que a doença se constitui também e principalmente em significação. Na medida em que tomam o discurso dos indivíduos como porta de entrada para esse universo de significações – pressupondo, assim, que a subjetividade de quem fala entra de alguma forma em cena – e que reconhecem, ao menos implicitamente, o caráter polissêmico das palavras utilizadas no discurso sobre a enfermidade, ter-

minam por utilizar tanto certas concepções hermenêuticas quanto métodos qualitativos de análise. Entretanto, conforme procuramos mostrar na discussão que se segue, ao fazê-lo não se desprendem de uma concepção estrutural. Os pressupostos desta ficam patentes na forma como é abordada a relação entre representações e práticas.

RUMO A NOVAS ALTERNATIVAS AO ESTUDO DAS REPRESENTAÇÕES E PRÁTICAS

Em linhas gerais a abordagem adotada nos trabalhos aqui referidos é marcada pela idéia de uma nítida relação de determinação das representações sobre as práticas, de tal forma que essas últimas são vistas como passíveis de ser deduzidas do sistema construído de representações. Assim as práticas em saúde e doença são tomadas como emanando de uma estrutura de significados subjacente (que, como não poderia deixar de ser, o investigador constrói a partir do contato com práticas temporal e espacialmente circunscritas). Em grande medida os estudos tendem a enfatizar o delineamento de modelos fechados de significação (do corpo, da saúde e doença) as expensas de uma compreensão dos processos de construção mesma de significado.

A essa cisão, operada pela teoria, entre representações e práticas, correspondem outras dicotomias clássicas das ciências sociais, como estrutura x ação, *langue* x *parole*, objetivo x subjetivo e fins x meios no domínio da teoria da ação. Na raiz dessas dicotomias e do princípio referido acima de que as práticas constituem efeito ou atualização (sempre parcial, incompleta ou efêmera) de um tecido subjacente de representações está a clássica dualidade cartesiana entre mente e corpo. É a vigência dessa dualidade nas ciências sociais que explica a prioridade conferida em boa parte das teorias a linguagem, cognição ou representação, enquanto associados ao domínio do mental.

Mais recentemente estes pressupostos tem sido alvo de severas críticas como atestam os trabalhos de Hans Joas (1996), Thomas Csordas (1990, 1993, 1994), Michael Jackson (1989, 1996) e Paul Stoller (1989, 1997), entre outros. Embora formuladas inicialmente no contexto de debates específicos (sociolinguística, teoria da ação, estudos feministas, estudos sobre performance e ritual, antropologia da saúde), essas críticas estendem-se aos próprios fundamentos metateóricos das ciências sociais. A partir da releitura de certos autores clássicos, particularmente da fenomenologia e pragmatismo, como Merleau-Ponty, Heidegger, George Mead, John Dewey e Charles Peirce, vários cientistas sociais contemporâneos têm apontado para a necessidade de se re-elaborar as relações entre pensamento e ação; consciência e corpo; cultura e individualidade. O conceito de experiência tem sido desenvolvido como campo em que se entrecruzam essas dimensões, ofere-

cendo assim caminho interessante para uma possível superação das dicotomias clássicas. Dois elementos centrais estão presentes e orientam boa parte das análises contemporâneas sobre experiência: uma discussão sobre o corpo enquanto fundamento da experiência e da cultura e a idéia de intersubjetividade, enquanto alternativa a oposição entre objetivismo e subjetivismo.

RECUPERANDO OS CONCEITOS DE CORPOREIDADE E AÇÃO

Ao privilegiar o estudo da experiência, muitos autores buscam recuperar a dimensão vivida da cultura: dos símbolos, das crenças, das regras e dos códigos que supostamente regem os comportamentos. O primeiro passo nessa direção é reconhecer a prioridade da prática, da esfera do fazer e agir, sobre o pensamento e a reflexão: é o "eu posso" e não o "eu penso" que orienta a relação cotidiana dos indivíduos com seu meio (Husserl, 1970; Schutz, 1973; Merleau-Ponty, 1994; Peirce, 1980; Dewey, 1980), que transforma o contexto circundante em uma situação marcada pela presença de objetos (sejam obstáculos, meios ou mesmo fins almejados). Ora, colocar o acento sobre a domínio da prática é, em grande medida, resgatar o corpo enquanto fundamento de nossa inserção prática no mundo. É porque posso converter meu corpo (ou partes dele) em instrumento que os outros objetos podem, por sua vez, tornar-se instrumentos para mim: afinal transformar algo em instrumento que uso é anexá-lo ao meu corpo, de modo a fazer dele uma extensão de minhas capacidades ou habilidades corporais. Em primeiro lugar, isso significa, de fato, que mais que uma simples ferramenta a meu serviço, o corpo é condição e possibilidade para que as coisas se convertam em meios ou objetos para mim. Antes de constituir um objeto – nosso corpo que miramos no espelho, o corpo do outro cuja figura avaliamos, ou o "organismo" sobre o qual intervêm as ciências biomédicas – o corpo é dimensão do nosso próprio ser. Em segundo lugar, significa também que para que o mundo se me apresente como povoado de objetos é preciso que eu já pertença ao mundo, já esteja inserido nele enquanto corpo. Há, portanto, uma relação originária entre consciência e mundo – anterior a constituição mesma dos objetos – que só pode ser compreendida quando recupero a mediação do corpo. Esta relação é pré-reflexiva ou pré-objetiva: aponta para o fato de que nossa inserção (corporal) no mundo – da cultura, da convivência com outros – antecede a atitude reflexiva que constitui esse mundo como conjunto de objetos (e a nós mesmos como sujeitos) e a cultura como o conjunto de representações acerca desses objetos.

Esse ponto nos permite colocar em novos termos a questão da experiência da doença. Ao invés de situarmos a análise no universo já constituído de representações ou objetificações – doença como castigo, feitiço, ação demoníaca,

disfunção orgânica – nos conduz a problematizar o processo mesmo em que a vivência do sentir-se mal se constitui e ganha expressão (cf. Csordas, 1990). A questão não é identificar o momento em que a cultura se faz presente no delineamento da experiência da doença (ou partir do pressuposto de que há um momento anterior a ação da cultura), pois toda experiência já é em si cultural. Trata-se de considerar que o modo como os indivíduos vivenciam a aflição expressa uma síntese (pré-reflexiva) entre corpo e cultura que se dá anterior a qualquer representação sobre a doença, e que muitas vezes confronta o sujeito do sofrimento como algo inesperado, ocorrido sem interferência de sua vontade ou entendimento. Este ponto tem implicações importantes para o estudo de contextos terapêuticos, na medida em que permite formular a questão da transformação da experiência (potencialmente produzida nestes contextos) não mais como simples substituição de representações sobre a aflição e suas causas, mas enquanto o desenvolvimento de um novo modo de colocar-se frente a doença que envolve uma síntese corporal pré-reflexiva. O interesse pela dinâmica de constituição e transformação da experiência via terapia colocar a atenção sobre os meios, recursos e sobretudo os processos que conduzem a essa síntese corporal.

Toda história de doença e tratamento revela, de fato, um movimento, mais ou menos pronunciado, conforme o caso, entre o velho e o novo. Esse movimento, que envolve processos de resistência, remanejamento e mudança de hábitos, dificilmente pode ser compreendido em toda sua complexidade a partir de um enfoque centrado nas "representações e práticas". Um limite claro imposto por este enfoque está na compreensão mesma do que vem a ser o hábito e, consequentemente, de como hábitos são adquiridos e mudam. Como todos sabemos, a experiência do adoecer tanto atesta para o poder de hábitos arraigados, que resistem a incorporação efetiva de novas representações no delineamento do comportamento, quanto aponta para o processo de formação de novos hábitos. Longe de revelar o poder das representações em sustentar e/ou modificar os comportamentos, essas experiências apontam para o poder do corpo, ou de um saber que é radicado no corpo (e não no intelecto). Na base da dificuldade, enfrentada por muitos doentes, de mudar seus comportamentos a partir das prescrições e explicações médicas, não está tanto uma dificuldade de entender tais prescrições, mas a experiência de uma resistência imposta pelo corpo, enquanto assento do hábito. Da mesma forma, na base dos processos de aquisição de hábitos não está o aprendizado intelectual de novas representações, mas o desenvolvimento de novas sínteses corporais ou modos de atentar *com* e *para* o corpo. Aqui o esquema que confere prioridade a cognição sobre a ação, ou às representações sobre as práticas, revela-se claramente insuficiente. Na esfera do hábito, diz Merleau-Ponty (1994: 200), "*é o corpo que compreende*". O hábito expressa um conhecimento radicado no corpo, aponta para um processo em que incorporamos, enquanto prolongamento do nosso corpo, um certo tipo de situação, de tal modo que ao

agir experimentamos um acordo entre o que visamos e o que nos é dado. Assim, situar determinada ação no plano do hábito é dizer que para sua efetivação não é necessário colocar reflexivamente um problema ou sua resolução.

Ao recuperar o conceito de hábito na crítica ao modelo das "representações e práticas", entretanto, é preciso evitar estabelecer uma divisão rígida entre ação habitual e ação racional. Essa é uma questão bastante importante nos estudos sócio-antropológicos da saúde e doença, onde o hábito foi por muito tempo tratado como empecilho a adoção de uma atitude racional com relação a doença e seus cuidados. Assim as condutas do paciente e do médico apareciam em muitos estudos das décadas de 70 e 80 enquanto claramente contrapostas: a primeira fechada no hábito, perpassada pela emoção e pouco afeita a reflexão; a segunda, guiada pela ciência, neutra e eminentemente reflexiva, portanto, aberta a novas informações e a refutação de saberes cristalizados. Da mesma forma, o conjunto de ações adotadas pelos doentes para lidar com a enfermidade – os chamados itinerários terapêuticos – eram tratados como desvios mais ou menos pronunciados de um certo modelo universal de racionalidade. A substituição desse quadro interpretativo pela idéia de que as condutas dos pacientes podiam ser explicadas ou seriam efeito de um tecido subjacente de representações, organizado de modo coerente enquanto sistema, não contribuiu muito para superar a dicotomia entre ação habitual e ação racional no plano de uma teoria da ação. Em muitos casos apenas levou a que a "irracionalidade" detectada nas práticas dos leigos fosse localizada na tradição (pensada como sistema de representações) e não mais no indivíduo. Em outros casos ainda, produziu a visão de que, sendo em última instância guiada por representações inconscientes, a ação teria um vínculo apenas contingente com a situação em que se desenrola. Nesse sentido, estudar as práticas relativas a saúde e doença seria praticamente equivalente a estudar o sistema de representações, do qual as práticas descreveriam instâncias individuais. Neste caso, a relação entre ação habitual e ação racional permaneceu intocada, na medida em que a ação como um todo foi jogada pela teoria a um plano secundário. Uma das consequências mais patentes do enfoque das "representações e práticas" foi, de fato, um descaso pelo domínio da ação, enquanto teoricamente relevante. Aqui nos deteremos em um exame criterioso desse domínio, enquanto caminho para desenvolvermos uma crítica às análises de "representações e práticas".

Esboçar as relações entre hábito e ação racional a partir de uma análise crítica situada no âmbito da própria teoria da ação, conduz a uma revisão dos pressupostos cartesianos que tem orientado essa teoria desde suas formulações mais antigas. O hábito chama atenção para uma forma de compreender o mundo bem distinta de uma apreensão intelectual que produz representações: é uma compreensão que consiste em um modo próprio de ajustar-se ou engajar-se em determinada situação, que é logrado com o corpo. Esse modo de compreensão, entretan-

to, longe de configurar uma instância ou tipo único, é fundamento necessário para toda ação, inclusive a ação racional guiada reflexivamente. Dificilmente ao agir o indivíduo tem um controle ou domínio reflexivo de todas as fases de sua ação, por mais próxima que ela seja do modelo weberiano de racionalidade com relação a fins. Ao atuar com vistas a determinado fim o ator experimenta um remanejamento de suas capacidades corporais que nem é simples automatismo (porque se dá a luz do seu projeto), nem se produz sob o comando da reflexão: remete a uma intencionalidade operante a nível do corpo.

Da mesma forma é preciso evitar colocar a análise frente a alternativa de explicar a ação segundo o modelo do hábito ou a partir do domínio exclusivo do projeto consciente (ou reflexivo). No primeiro caso, o projeto aparece como simples racionalização de algo que procede a um nível infra-linguístico, enquanto operação de um senso prático ou conjunto de disposições corporificadas. A referência aqui é ao conceito de *habitus* de Bourdieu (1987), que parece petrificar ou congelar nossa relação pré-reflexiva com o mundo da cultura: para Bourdieu esta relação está apoiada em "estruturas estruturantes" que atuam enquanto geradoras da práticas. No segundo caso, domina uma ênfase na ação enquanto resultado de uma atitude de avaliação e cálculo frente ao meio. Nesse modelo, a figura do indivíduo enquanto agente consciente (reflexivo) tende a ser hipostasiada. Aqui se encaixam muitos teóricos da escolha racional.

A relação entre projeto e hábito precisa ser formulada de modo mais dinâmico: ao invés de pólos excludentes constituem dimensões que frequentemente se imbricam no processo de agir. Os projetos de um ator conduzem a uma reorganização ativa tanto do corpo quanto da situação, que pode se cristalizar em novos hábitos; hábitos constituidos frequentemente remetem a projetos passados. Por outro lado, ao agir o ator não está simplesmente executando o que já determinou como fim através da mobilização de meios em uma determinada situação. Fins e meios não estão um para o outro enquanto fases distintas da ação, uma dominada pela reflexão desencarnada (e, portanto, desenraigada da situação) e outra marcada pela manipulação ativa da situação; a primeira domínio das representações, a segunda, das práticas enquanto execução. Tratam-se de dois elementos que exercem uma influência recíproca um sobre o outro, de modo que é no processo mesmo de agir que o projeto (inicialmente vago e impreciso, formulado sobre um amplo fundo de indeterminação) adquire contornos mais claros, muda de rumo e por vezes é mesmo redesenhado (Schutz, 1973). Isso significa dizer que os fins nunca são formulados independentes da situação, ganham relevo e são tematizados no próprio curso de nosso engajamento prático na situação. Há um vínculo mais estreito e original entre a consciência e a situação que é dado pelo fato de nossa encarnação, de sermos um corpo. Por isso, observa Joas, a situação não é simplesmente algo contingente sobre a ação, mas é constitutiva dela (1996: 160).

É a partir desses termos que o autor recoloca o interação entre as instâncias do pré-reflexivo e reflexivo no delineamento da ação: "*De acordo com essa visão alternativa, a definição de fins não se dá por um ato intelectual prévio a ação mesma, mas é, ao invés, o resultado de uma reflexão sobre aspirações e tendências que são pré-reflexivas, e que tem sido já sempre operativas. Neste ato de reflexão, nós tematizamos aspirações que normalmente atuam sem que tenhamos consciência delas. Mas aonde exatamente estão localizadas essas aspirações? Estão localizadas no nosso corpo. São as capacidades do corpo, seus hábitos e modos de relacionar com o meio que formam o pano de fundo de todo ato de definição de fins...*" (Joas, 1996: 158). Procurando explicar a entrada em cena da reflexão – ou da definição reflexiva de fins – sobre uma base prévia de experiência pré-reflexiva, Joas argumenta: "*Se adotarmos o entendimento da intencionalidade que estou avançando aqui... a definição de fins torna-se o resultado de um situação em que o ator se encontra impedido de prosseguir com seus modos de ação guiados pré-reflexivamente. Nessa situação, ele é forçado a adotar uma instância reflexiva sobre suas aspirações pré-reflexivas*" (Ibid., 1996: 162). A criatividade da ação, expressa em nossa capacidade de formular fins ou projetos, não se contrapõe ao enraizamento da ação na situação, no hábito, nas aspirações e disposições corporais pré-reflexivas, mas, ao contrário, se constrói a partir destes.

Essa discussão complexifica, sem dúvida, nosso entendimento da ação e, ao fazê-lo, questiona profundamente o esquema que confere prioridade às representações sobre as práticas. Ao apontar para um saber ou modo de compreensão radicado no corpo – uma capacidade pré-reflexiva do corpo ajustar-se a e engajar-se ativamente na situação – coloca em cheque a visão intelectualista de um tecido dominante de idéias ou representações que dá forma às práticas. Entretanto, o modelo aqui apresentado não pretende simplesmente substituir o termo representação pela idéia de disposições corporais arraigadas, estas últimas tomadas como determinantes das ações. Se o fizesse permaneceria preso aos pressupostos da perspectiva estrutural, tendo apenas deslocado a determinação do domínio das idéias para o domínio do *habitus*. Trata-se antes de apontar para o caráter processual (temporal) e essencialmente situado da ação, ou seja para a dialética que toda ação inaugura entre o corpo como ponto de vista e o corpo como ponto de partida (Sartre, 1997), entre o fundo sempre presente do hábito e os elementos tematizados no projeto, entre a experiência pré-reflexiva de ser-em-situação e a definição reflexiva de novas situações (fins). Ao incorporarmos essa discussão aos estudos em antropologia médica, a atenção é deslocada da doença como fato (seja dado empírico ou signo) para o curso da doença como experiência. Esse é um campo de investigação que só se estabelece plenamente quando a relação entre representações e práticas é sujeita a crítica e reformulação.

INTERSUBJETIVIDADE, MUNDO DA VIDA COTIDIANA E ESTOQUE DE CONHECIMENTO

A discussão acima nos remete claramente para o segundo elemento definidor do conceito experiência: a sua dimensão intersubjetiva. Postular uma relação fundante entre ser e situação, dada pela nossa inserção corporal no mundo é, de fato, afirmar que o estar em meio a presença encarnada de outros é também original ou anterior a qualquer processo de objetificação (e subjetificação), condição mesma para o desenrolar de tais processos reflexivos. Assim, o encontro com o outro não é realidade contingente a ação individual – os outros não são simplesmente levados em consideração quando se trata de realizar meus fins em uma situação marcada pela sua presença ativa – constituem comigo um campo do qual emergem nossos fins e que possibilita a coordenação de nossos esforços para intervir na realidade. Merleau-Ponty refere-se a esse campo enquanto uma sociabilidade originária. É a partir dessa sociabilidade que, na visão de Mead (1972), o indivíduo pode desenvolver a capacidade de se constituir enquanto um self.

Se o social não é soma de subjetividades isoladas tampouco é a realidade objetiva – estrutura simbólica; modo de produção, integração entre sistemas social, cultural e de personalidade ou mesmo sistema de disposições duráveis – proposta pelas abordagens de cunho estrutural. A classe e a nação, – observa Merleau-Ponty – e poderíamos acrescentar a família, a religião, o gênero, "*não são fatalidades que submetam o indivíduo do exterior, nem tampouco valores que ele ponha do interior. Elas são modos de coexistência que o solicitam*" (Merleau-Ponty, 1994: 487). Estamos continuamente respondendo a essas solicitações, embora apenas em situações específicas, respostas usualmente irrefletidas e confusas convertam-se em tomadas de posição refletidas; relações que eram apenas vividas transformem-se em engajamento explícito, aspirações pré-reflexivas (fundadas na minha inserção corporal no mundo) convertam-se em fins com os quais explicitamente me comprometo e frente aos quais demando dos outros uma tomada clara de posição.

O mundo que partilho com outros não é a realidade externa e impessoal que a ciência constitui e sobre a qual se volta com uma atitude de aparente neutralidade. É fundamentalmente um mundo familiar sobre o qual atuamos e frente ao qual adotamos o que Husserl chama de atitude natural. Imersos na atitude natural assumimos que os objetos existem independente de nossa perspectiva, vontade ou conhecimento – são os mesmos para todo e qualquer indivíduo – e impõem resistência aos nossos projetos e intervenções práticas. Assumimos que nossas ações podem e são frequentemente repetidas, independentemente das variações no espaço e tempo (o que Schutz chama da idealização do "posso fazê-lo de novo") e que nossos pontos de vista e os dos outros são perfeitamente intercambiáveis. Marcada por uma série de pressupostos ou idealizações, a atitu-

de que adoto no mundo da vida cotidiana permite que me situe nesse mundo com familiaridade e que intervenha ativamente nele.

A atitude natural é totalmente determinada por um motivo pragmático: acima de tudo o mundo cotidiano é o mundo da *praxis*. O conhecimento que adquiro e utilizo no dia a dia está atrelado a interesses práticos, "*devo compreender meu mundo da vida no grau necessário para poder atuar nele e operar sobre ele*" (Schutz e Luckmann, 1973: 28). Este estoque de conhecimento, que utilizo para me orientar na situação e resolver os problemas que se me defrontam, é heterogêneo: comporta desde um conhecimento radicado no corpo (que inclui habilidades corporais adquiridas no passado), não acessível discursivamente, até uma série de receitas genéricas para lidar com um conjunto variado de situações. Para Schutz o estoque de conhecimento é formado ao longo do percurso biográfico do indivíduo. Assim, é aberto a retificações ou corroborações de experiências por vir, ou seja, caracteriza-se pela fluidez e processualidade. A configuração que o estoque de conhecimento assume a cada momento é determinada pelo fato de que os indivíduos não estão igualmente interessados em todos os aspectos do mundo ao seu alcance, é o interesse prático que dita que o que é relevante ou não na situação.

Elaborar as relações entre representações e práticas a luz dessas considerações nos conduz a concluir que enquanto referidas ao estoque de conhecimento as representações estão longe de ser um sistema fechado que determina as práticas: constituem um conjunto aberto e heterogêneo que comporta zonas de imprecisão e elementos contraditórios e que é continuamente refeito – ampliado, deslocado, problematizado – ao longo das práticas e relações dos indivíduos com seu meio e entre si. Expressos ou sedimentados no estoque de conhecimento estão uma série de diálogos e interações com outros que marcam o percurso biográfico do indivíduo. Só nesses termos podemos entender porque a doença, ao romper com o caráter dado ou pressuposto de esferas da vida cotidiana, coloca em questão elementos do estoque – daí as dúvidas, incertezas e vacilações que marcam muitas das experiências cotidianas de adoecer e lidar socialmente com a enfermidade. Só nesses termos podemos entender porque, uma vez que sintam-se capazes de colocar a doença sob controle, os indivíduos suspendam o processo de questionamento e problematização ao qual haviam se dedicado.

Há muito pouco espaço para incorporar um conceito como o de estoque de conhecimento, o qual confere prioridade ao processo prático de aquisição e utilização do saber, nas discussões sobre "representações e práticas". Nestas as representações em saúde e doença são tomadas como organizadoras ou determinantes das práticas e, neste sentido, tendem a ser vistas como compondo um texto cultural anônimo e fechado. O domínio dessa metáfora textual implica uma ênfase excessiva na coerência interna das idéias, valores e práticas de determinado grupo social. Resultado disso é a pouca abertura de boa parte dos estudos para o

tratamento das incoerências, ambiguidades e indecisões que marcam processos de interpretar e conviver com a doença, buscar e avaliar tratamento. Dar atenção aos processos interativos que se desenrolam nas situações de doença e cura mostra-se especialmente relevante nas investigações sobre contextos médicos plurais, em que os indivíduos percorrem diferentes instituições terapêuticas e utilizam abordagens por vezes bastante contraditórias de diagnosticar e tratar a doença. Aí o caráter fluido e mutável das definições formuladas para explicar e lidar com a aflição reflete menos a operação de textos culturais fechados que a sucessão de encontros, conversas e relações que configuram a experiência da doença. Neste ponto para prosseguirmos a discussão sobre representações e práticas em saúde e doença é preciso perseguir seus desdobramentos na questão relativa as relações entre linguagem e experiência.

LINGUAGEM, DISCURSO E SIGNIFICAÇÃO

Os estudos de "representações e práticas sobre saúde/doença, medicina ou ato terapêutico tendem a "localizar" as suas propostas interpretativas (idéia diretriz da hermenêutica) na linguagem e, de modo mais especial, na linguagem oral. Há neles uma forte tendência de concentrar a análise no *sentido do discurso,* ao qual é dada prioridadade sobre a *situação enunciativa*, entendida como as determinações e contextos das pessoas, dos lugares, dos momentos e das razões que levaram os indivíduos a proferir uma fala. Convém observar, contudo, que diferentemente da linguística de inspiração saussuriana, os trabalhos situados no enfoque aqui discutido não negam *a priori* a inseparabilidade entre as instâncias do sentido e da situação enunciativa. Entretanto, a análise que empreendem da situação enunciativa é bastante empobrecedora. Dois elementos parecem estar presentes nessas análises, aparecendo ora isoladamente, ora de modo articulado. Em primeiro lugar está a tendência de remeter a situação enunciativa a uma realidade estrutural outra que tem sobre ela uma caráter de determinação: relações de classe e poder, situação de status, posições estruturais em determinado campo social, só para citar as versões mais sociológicas do argumento. O resultado de tal operação teórica é transformar a situação enunciativa em meio neutro e contingente em que se atualizam, manisfestam, entrecuzam ou se influenciam certas estruturas (incluindo aqui a própria linguagem). Em segundo lugar está a tendência de construir a caracterização da situação enunciativa a partir de indicadores sociais ou variáveis genéricas, tais como idade, sexo, ocupação, classe, educação e níveis de aspiração. A realidade vivida pelos atores é, assim, reduzida a uma constelação de fatos sociais elementares. Em ambos os casos a situação enunciativa é esvaziada: mero efeito de determinações expressas por generalidades "empíricas" ou "idealidades" externas aos indivíduos, o aqui e agora do discurso não se re-

veste de nenhuma importância analítica, é apenas o dado bruto a ser ultrapassado pela operação teórica.

A análise do sentido do discurso – a qual se voltam as investigações sobre representações em saúde e doença – é, por sua vez, direcionada a significação do que é dito, ao código discursivo e, portanto, a racionalidade do sentido. Nesse processo o que se pretende mostrar é uma realidade discursiva "essencial", comum a determinados atores sociais. Em outras palavras, o discurso é visto apenas no seu aspecto formal, como um processo de abstração; ao analisá-lo o investigador elimina o locutor, o indivíduo concreto, para reencontrá-lo em seguida como membro genérico de modelos ou estruturas sócio-culturais. Portanto, a grande premissa subjacente é a de que as representações são o conteúdo da consciência que, por sua vez, é determinado por bases objetivas, materiais e/ou estruturas de idéias. É nesse aspecto que se insere uma proposta hermenêutica. Trata-se, contudo, de uma hermenêutica voltada para reconhecer e interpretar a mensagem relativamente unívoca que o locutor (entidade abstrata) constrói apoiado em contextos sociais objetivos. Uma hermenêutica, portanto, "romântica" (Schleiermacher ou Dilthey) que procura compreender o outro de forma completa e até melhor do que ele mesmo se compreende, para descobrir no seu discurso um sentido inerte, universal.

Uma tal abordagem torna descartável o conceito de experiência. É o discurso – político, religioso, de gênero, etc. – que situa o ator no mundo, cavando a perspectiva a partir da qual emitirá toda fala e assim fazendo dele sujeito. A linguagem constitui para os atores não apenas o mundo, mas um conjunto fechado de modos de ser no mundo. Conforme observa Csordas (1994:11), na medida em que é postulado que nada existe fora da linguagem – os sentidos que emergem na interação já estão nela contidos – é totalmente irrelevante colocar a questão de sua relação com a experiência: segundo esse raciocínio, em última instância só temos acesso a linguagem, ao discurso e, portanto, a representação. A linguagem não é mais veículo ou instrumento para representar um mundo de coisas que existem independente dela – tal como pensado pelos empiricistas ingleses. Nos trabalhos sobre representações e práticas domina a idéia bem mais sofisticada, sem dúvida, de que ela é o meio que institui esse mundo e seus sujeitos. Se tal idéia nos liberta de uma visão ingênua da realidade, conduz em última instância a um fechamento da linguagem sobre si mesma em que tudo – o mundo real, o eu e os outros – se originam e remetem a ela. Sob esta ótica é perfeitamente compreensível a subordinação das práticas às representações nos estudos em questão.

A alternativa a esta formulação não está no retorno a idéia de que a linguagem é um instrumento que utilizo para designar coisas – objetos, pessoas, relações, afetos e avaliações – que independem dela e existem por si mesmos anterior a qualquer expressão. Diferentemente, está na proposição de que a linguagem faz parte de um voltar-se intencional para o mundo, em que uma intenção significa-

tiva vazia descobre e vai de encontro a significação no próprio ato de expressão. Diz Merleau-Ponty: "*A palavra, enquanto distinta da língua, é esse momento em que a intenção significativa, ainda muda e toda em ato, revela-se capaz de incorporar-se a cultura, minha e de outro, capaz de me formar e de formá-lo, transformando o sentido dos instrumentos culturais. Por sua vez torna-se "disponível" porque, retrospectivamente, nos dá a ilusão de que estava contida nas significações já disponíveis, quando, na verdade, por uma espécie de astúcia ela as esposara apenas para infundir-lhes uma nova vida*" (Merleau-Ponty, 1984: 136).

Alguns pontos fundamentais emergem dessa reflexão de Merleau-Ponty. Em primeiro lugar, a idéia de que o pensamento não precede a palavra, mas realiza-se e descobre-se nela. Em segundo, o argumento de que o sistema de significações disponíveis em uma linguagem (*langue*) não determina o evento da palavra/fala (*parole*): "*Com efeito, se o fenômeno central da linguagem é o* ato comum do significante e significado, *nós a despojaríamos de sua virtude realizando de antemão num céu de idéias o resultado das operações expressivas, perderíamos de vista o passo que transpõem indo das significações já disponíveis àquelas que estamos construindo ou adquirindo*"(ibid: 139). Por fim, temos a afirmação de um entrelaçamento necessário entre sentido e situação enunciativa: no ato da fala tomo posse de uma significação, que não estava "já aí" em um sistema dado de relações entre significante e significado, mas que só se torna possível pela retomada e "ultrapassagem" de significações já disponíveis nesse sistema. Não é no código abstrato ou mesmo no texto escrito que a linguagem se revela em sua plenitude, mas no ato da fala. Compreender o dito, observa Gadamer (1977), é retomar o movimento do significado na fala.

Nesses termos já não se pode considerar a situação enunciativa como secundária com relação ao sentido, mas o campo, por excelência, em que esse se constitui. A relação do sentido com a situação não é, ela mesma fortuita ou dependente da situação: "*A análise hermenêutica é capaz de mostrar, ao invés, que tal relatividade com relação a situação e oportunidade constitui a própria essência da fala. Pois nenhuma asserção tem simplesmente um significado não ambíguo baseado em sua construção lógica ou linguística enquanto tal, mas, ao contrário, cada qual é motivada*" (Gadamer, 1977:89). O sentido do que é dito não existe em um vácuo; é antes de mais nada resposta a uma pergunta que motiva e põe em movimento a fala. Assim podemos dizer que toda fala é sempre parte de um diálogo em curso; seu sentido se forma e é compreendido no diálogo - idéia que norteia também as abordagens de Bakhtin (1981) e Peirce (1980) ao estudo da linguagem. Nestes termos já não se pode passar ao largo da dimensão referencial da fala: ela descortina para o sujeito e para o outro um mundo de experiência que assume contornos e torna-se real no ato mesmo da expressão. Nas palavras de Ricoeur, "*é porque existe primeiramente algo a dizer, porque temos uma experiência a trazer à linguagem que, inversamente, a linguagem não se dirige*

apenas para significados ideais, mas também se refere ao que é" (Ricoeur, 1987:33).

Essas considerações sobre a linguagem acenam para formas distintas de se tratar as narrativas dos atores sobre suas aflições, matéria bruta da maioria dos trabalhos sobre representações em saúde/doença. Se os textos nativos repousam sobre um léxico comum de concepções revelam também o esforço dos seus autores para construir um sentido coerente para suas trajetórias de aflição, em um contexto de diálogo continuado com outros significativos. As fraturas, interrupções e vozes discordantes que pontuam tais textos remontam a busca de sentido para uma experiência que por vezes ainda está em curso e que, ao longo do seu desdobramento, assume diferentes contornos. A experiência, na verdade, nunca se enquadra perfeitamente nos modelos ou representações propostas para explicá-la: há uma dinamicidade, indeterminação ou excesso de sentido em toda experiência que faz com que sempre haja espaço para novas e renovadas formulações a seu respeito.

Ora isso implica que é necessário substituir a preocupação em (re)constituir modelos fechados de significação por uma proposta analítica de compreender as formas temporalmente circunscritas pelas quais os atores imputam e negociam significados para suas experiências, vivenciam dificuldades de sustentar esses significados, delineiam e levam a cabo projetos e estratégias para se (re)situar no mundo social dado o evento/problema da doença. Antes de mais nada um tal empreendimento exige dos pesquisadores atenção para o transcurso temporal de organização e reorganização do cotidiano que marca a experiência da doença.

Para finalizar a discussão cabe um comentário de cunho mais metodológico, relativo a utilização dos "métodos qualitativos" nos estudos de representações e práticas em saúde e doença. A preocupação dominante de grande parte desses trabalhos, como já vimos, é de explicitar os discursos de informantes, caracterizar o "perfil" de determinados grupos sociais, com o objetivo de neles se encontrar determinadas estruturas e/ou regularidades. Contudo, em termos metodológicos, muitos desses estudos não diferem em substância das pesquisas que almejam explicar grandes generalidades, distribuições e inter-relações de variáveis, mediante a seleção e análise de amostras, como os *surveys*. O que atualmente parece caracterizar esses tipos de investigação é que o tamanho da amostra passou a sofrer um processo significativo de encolhimento. Nos trabalhos quantitativos, os fatos sociais são atributos dos indivíduos que derivam do grupo social a que pertencem: sexo, idade, ocupação, situação sócio-econômica, filiação religiosa, etc. O melhores exemplos de "surveys" são as pesquisas que se utilizam de questionários estruturados como técnica principal de produção de dados. Em contraposição, nas investigações tipo "representações e práticas" o modo de coleta dos dados que domina são as "entrevistas em profundidade" junto a um número reduzido de informantes. A forma de se pensar o social e o

processo analítico dos dados, entretanto, permanecem substancialmente os mesmos. Nesse aspecto, os chamados "estudos qualitativos" não se diferenciam na sua problemática e formulações hipotéticas dos princípios quantitativos, embora não utilizem os processos estatísticos inerentes a este método. Na maneira como vem sendo utilizado em boa parte dos estudos sobre representações e práticas em saúde, o método qualitativo é definido apenas em termos da técnica empregada.

CONCLUSÃO

Neste trabalho empreendemos uma revisão crítica dos pressupostos subjacentes aos estudos sobre "representações e práticas" em saúde e doença. Conforme procuramos mostrar as questões com que se defrontam tais estudos não diferem substancialmente das grandes problemáticas da teoria social contemporânea. Não podemos esquecer um fato óbvio: a antropologia da saúde está submetida às mesmas inquietações e interrogações que impulsionam o conjunto da teoria social. Nesse aspecto, algumas questões colocadas por esta disciplina são tão velhas quanto a própria história da teoria social.

Na discussão aqui desenvolvida observamos que um dos grandes temas e desafios da teoria social contemporânea diz respeito ao desenvolvimento de uma proposta que possa superar as já tão conhecidas dicotomias entre ação e estrutura, subjetividade e objetividade, indivíduo e sociedade, corpo e mente. Analisando a reprodução – e implicações – dessas dicotomias nos estudos de "representações e práticas" em saúde e doença, procuramos delinear algumas alternativas teóricas que nos parecem acenar no sentido de sua superação. Nosso objetivo foi tão somente dar um primeiro passo para o que deve ser um debate continuado entre os pesquisadores atuantes no campo da antropologia da saúde.

REFERÊNCIAS

BAKHTIN, M. (1996). *The Dialogic Imagination*. Editado por M. Holquist. Austin: Texas University Press.

BOURDIEU, P. (1987). *Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.

CSORDAS, T. (1990). Embodiment as a Paradigm for Medical Anthropology. *Ethos* 18: 5-47.

CSORDAS, T. (1993). Somatic Modes of Attention. *Cultural Anthropology* 8: 135-156.

CSORDAS, T. (1994). Introduction: The Body as Representation and Being in The World. In T. Csordas (ed), *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self.* Cambridge: Cambridge University Press.

DEWEY, J. (1980). Experiência e Natureza. In *Dewey, Coleção Os Pensadores*. São Paulo Editora Abril.

GADAMER, H-G. (1977). Semantics and Hermeneutics. In D. Linge (ed.), *Philosophical Hermeneutics: Hans-Georg Gadamer*. Berkeley: University of California Press.

HUSSERL, E. (1970). *The Crisis of European Sciences and Transcendental Phenomenology*. Evanston, Il: Northwestern University Press.

JACKSON, M. (1989). *Paths Toward a Clearing. Radical Empiricism and Ethnographic Inquiry*. Bloomington: Indiana University Press.

JACKSON, M. (1996). Introduction. Phenomenology, Radical Empiricism, and Anthropological Critique. In M. Jackson (ed), *Things as They Are: New Directions in Phenomenological Anthropology*. Bloomington: Indiana University Press.

JOAS, H. (1996). *The Creativity of Action.* Cambridge: Polity Press.

MEAD, G.H. (1972). *Espíritu, Persona y Sociedad.* Buenos Aires: Editorial Paidos.

MERLEAU-PONTY, M. (1984). Sobre a Fenomenologia da Linguagem. In *Merleau-Ponty, Coleção Os Pensadores*. São Paulo: Editora Abril.

MERLEAU-PONTY, M. (1994). *Fenomenologia da Percepção*. São Paulo: Martins Fontes.

PEIRCE, C.S. (1980). Conferências sobre o Pragmatismo. In *Peirce e Frege, Coleção Os Pensadores*. São Paulo: Editora Abril.

RICOUER, P. (1987). *Teoria da Interpretação*. Lisboa: Edições 70.

SARTRE, J.P. (1997). *O Ser e o Nada*. Petrópolis: Vozes.

SCHUTZ, A. (1973). *Collected Papers I: The Problem of Social Reality.* The Hague: Martinus Nijhoff.

SCHUTZ, A. e LUCKMANN, T. (1973). *Las Estructuras del Mundo de la Vida*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

STOLLER, P. (1997). *Fusion of the Worlds: An Ethnography of Possession among the Songhay of Niger*. Chicago: University of Chicago Press.

STOLLER, P. (1997). *Sensuous Scholarship*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.

MÉDICO FERIDO: *OMOLU* NOS LABIRINTOS DA DOENÇA

Andrea Caprara

INTRODUÇÃO

Na obra *The Philosophy of Medicine* (1986), Wulff, Pedersen, e Rosemberg, respectivamente, um clínico, um filósofo e um psiquiatra, apresentam, dentre outros estudos, uma análise da prática médica com um enfoque hermenêutico. Um ponto central dessa análise foi dado ao tema da "medicina mais humana", abrindo, portanto, uma série de reflexões sobre o aspecto humano a ser levado em consideração na medicina e destacando a necessidade de uma maior sensibilidade por parte do médico frente ao sofrimento e experiência do paciente. Para esses autores, o desenvolvimento dessa sensibilidade e a sua aplicação na prática médica constituem o mais importante desafio da biomedicina.

Esses conceitos, também, foram desenvolvidos por Gadamer (1994), que introduziu o conceito de médico ferido. Para esse filósofo, o restabelecimento do equilíbrio perturbado demanda levar em consideração a experiência da própria doença, tornando-se necessária uma medicina mais humana que implica o surgimento da figura do médico ferido. Esta nova visão de médico implica em ser ele consciente do sofrimento e da dor, em considerar o paciente na integridade da sua vida e interpretar a dor e o sofrimento como signos portadores de uma dimensão coletiva. Portanto, o sofrimento passa a ser compreendido por parte do médico, quando ele leva em consideração os aspectos da personalidade, as experiências pessoais, a família, a cultura, considerando o paciente além do ponto de vista biológico (Cassel, 1982). Esta figura de médico ferido, no âmbito da medicina brasileira, está sendo desenvolvida, principalmente, por pediatras, que, sensíveis à experiência do doente, procuram criar um "espaço humano" na prática pediátrica (Madeiro Leite, 1992).

O médico que trata do doente, levando em consideração a integridade de sua vida, ajuda-o a atravessar o percurso da dor, facilitando, desta maneira, o restabelecimento da saúde. Nessa perspectiva, Gadamer (1994) estabelece uma aproximação entre essa figura de médico e àquela do psicanalista, uma vez que

no processo de transferência, encontram-se os caminhos do assistido e do analista, permitindo que o paciente encontre novamente suas próprias características[1].

A perspectiva etnográfica ajuda-nos analisar o fato de como as culturas elaboram o tema do médico ferido. Nelas, a dupla polaridade de figura doente com poderes de cura, é freqüente nas representações e práticas tradicionais. Pode-se constatar que em toda Idade Média, o enunciado "médico, ajuda a ti mesmo" estabelecia uma relação paradoxal importante nas práticas medicas (Gadamer, 1994). Guggenbuhl-Craig (1983), através de uma série de exemplos, demonstra o conceito de médico ferido em culturas diversas. Observa que, na mitologia grega, o Centauro que ensinou a Esculápio a arte da medicina era portador de chagas em todo o corpo; na Índia, Kali, a divindade ligada à varíola, pode ao mesmo tempo provocar e curar essa doença. Na cultura afro-brasileira e, em particular no candomblé, a figura do médico ferido é representada por uma divindade, *Omolu*, que traz com ele os signos da doença e da cura. Segundo Ruth Landes (1950), esta polaridade, doença/cura ocupando um mesmo espaço, não é característica única da divindade *Omolu*, uma vez que se encontram em outras manifestações da cultura afro-baiana.

O relacionamento de pessoas doentes com essa divindade, o papel de *Omolu* no candomblé e suas representações iconográficas são elementos de uma pesquisa etnográfica que estamos realizando em Salvador, desde 1995, cujos dados preliminares constituem o conteúdo deste trabalho[2].

A necessidade de uma maior sensibilidade por parte do médico frente ao sofrimento do paciente e a transformação da prática médica, dirigida para uma medicina mais humana, abrem duas principais perspectivas de análise que serão desenvolvidas neste estudo : 1) Uma primeira, de tipo etnográfico, tenta analisar como esse tema é abordado na cultura afro-brasileira, dando-se um enfoque a figura da divindade *Omolu* no candomblé da Bahia e à relação desta divindade com os próprios filhos e com as pessoas doentes; 2) Uma segunda, de natureza epistemológica, focaliza a discussão sobre os fundamentos teóricos da prática médica, através de uma análise crítica da medicina ocidental e da lógica que sustenta suas práticas. Esta perspectiva permite chamar a atenção sobre a realidade da comunicação médico-paciente e a necessidade dos clínicos desenvolverem a sensibilidade para ouvir e estabelecer relações mais humanas com o paciente.

OMOLU: O SENHOR DOS LABIRINTOS

Nesta parte, apresentaremos aspectos da cultura afro-baiana, em particular, a elaboração do conceito de médico ferido representado no candomblé pela divindade *Omolu*. Uma descrição das características dessa divindade, permitirá explorar sucessivamente a relação que se estabelece entre doente, experiência da doença e divindade. Esses dados preliminares da pesquisa etnográfica que estamos

realizando na cidade de Salvador (BA), foram abordados em três áreas de interesse no campo da antropologia médica.

O primeiro importante contexto de estudo é constituído das práticas de cura que se realizam nos terreiros de candomblé e que preservaram os elementos culturais afro-brasileiros, resguardando-se do sincretismo com outros elementos religiosos e rituais. Profundamente ligado às tradições do passado, o terreiro *Axé Opo Afonjá* constitui um primeiro grande espaço de encontro e reflexão.

A segunda importante área de estudo é constituída dos terreiros de candomblé de caboclo. Após uma série de entrevistas preliminares com diferentes Mães, Pais de Santo e *Yaôs* de diversas comunidades religiosas, foram estudados, principalmente, dois terreiros, o primeiro no bairro da Federação e o segundo, na Ribeira.

O terceiro contexto de análise constitui-se dos espaços sincréticos em que elementos do culto afro-brasileiro combinam-se com elementos católicos. Pudemos identificar este aspecto de sincretismo na igreja de São Lázaro[3], lugar de grande afluência de doentes, em busca da proteção dos santos a ela dedicados, São Lázaro e São Roque, identificados com as divindades do candomblé *Omolu* e *Obaluaiê*.

HETERÔNIMOS

A abordagem lexical permite identificar uma polissemia manifesta em diferentes heterônimos utilizados para expressar o nome de *Omolu*. *Omolu* significa "Filho do Senhor" e *Obaluaiê* "Rei, Senhor da Terra" (Verger, 1992). Esses dois nomes designam a mesma divindade mas, em alguns contos míticos, no discurso popular e na literatura antropológica (Carneiro, 1948), são interpretados também como duas formas da mesma divindade, uma mais jovem (*Obaluaiê*) e a outra mais velha (*Omolu*). Donald Pierson (1967), por exemplo, apresenta um conto recolhido nos anos 30 no qual essas duas figuras são representadas como pai e filho.

Omolu é chamado "rei do mundo" não por ser somente uma divindade da terra, mas pela relação mítica com os outros Orixás. Ele foi nomeado rei por *Oxalá* em um dos mais lindos contos que compõem o sistema mítico desse *Orixá*, conforme a narrativa de Detinha, *Obágesi*, do *Ilê Axé Opo Afonjá*:

> *E certa vez, Oxalá já estava caminhando para velhice, mas não estava tão velho, então Exu partiu pra Oxalá e pediu: "– Olha, meu pai, o senhor está tão velho, dê cá logo a minha herança, a minha parte. Porque é que o senhor não divide logo?" "– Mas meu filho*[4]*, não está no tempo de eu dividir a herança, mas como você quer, aí eu vou dar a sua parte". Aí deu a parte da herança prá ele, e não deu para os*

outros. Então quando ele foi chegando mais pra velhice, ele disse "– Agora eu vou dividir a herança para meus filhos". Aí Exu voltou... já tinha acabado com tudo: "– Eu também quero" "– Mas Exu, eu não dei a sua parte?" "– Ah, eu não quero saber, eu quero mais." Aí Oxalá tornou a dividir, deu umas terras a ele, que essas terras eram as encruzilhadas (essas encruzilhadas é dele), e deu mais outras coisas que ele exigiu e foi dividindo com os outros filhos. Na hora que ele chamou Omolu, (aí é que entra a história de Omolu), chamou Omolu, e disse: "– Meu filho, tá aqui a sua parte". Ele disse: "– Eu não quero meu pai, eu não quero herança. Eu quero o senhor. Aí Oxalá levantou da cadeira, do trono, chamou todos e disse: "– Meu filho, já que você não quer nenhuma herança, então eu vou lhe sentar no meu trono. A partir de hoje, Omolu, você se chamará Obaluaiê, o rei do mundo". Mas como Omolu trouxe a missão de viver curando as pessoas doentes de pele... de doenças de pele, então aquele trono só vivia vazio. Xangô chegando, encontrou o trono vazio, aí disse: "– Cadê Omolu?" "– Ah, Omolu está aí pelo mundo curando" "– E o trono está vazio?" Aí sentou na cadeira, aí chamou (ele era muito querido), chamou por todo mundo e se coroou como rei. Essa é uma das histórias de Omolu, porque Omolu se chama Obaluaiê, é o mesmo, certo? Ele ganhou esse título por causa disso.

Assim, podemos encontrar muitos outros nomes menos comuns, presentes na literatura antropológica: *Saponan*, *Wari-warú*, *Afoman*, *Omonolú* (Rodriguez, 1935), *Odogun* (Ramos, 1934)[5] . O termo *Sakpata,* que em nagô antigo significa "que corta, que mata" e que corresponde a *Xapaná* em Yorubá, é um nome pouco pronunciado pelo medo que essa palavra produz, conforme informação de Pierre Fatumbi Verger (1955). Por isso, prefere-se utilizar os nomes *Omolu* ou *Obaluaiê*.

Outros termos como: "o velho", "a doença do velho, o "velho chegou", são utilizados na linguagem popular para nomear *Omolu* e marcam duas importantes características dessa divindade: uma ligada à sabedoria e a outra ao sofrimento, à dor[6]. Tais características se manifestam na dança com o corpo dobrado, nas contorções e nos espasmos dos músculos do corpo, na cabeça inclinada em recolhimento, e no ritmo particular chamado *Opanijé*, significando em Yorubá: "Ele mata qualquer um e come" (Verger, 1993:229)

Outros contos míticos, a ele dedicados, favorecem a compreensão da relação dessa divindade com as doenças epidêmicas e da pele, e com o jogo entre o visível, o estigma e o contágio. Podemos citar o conto mítico (*Orikí*) que se refere ao nascimento de *Omolu* e que permite identificar algumas de suas características, como a de ser filho de *Nanã*, divindade das águas, das lagoas, da lama. Esta narrativa é apresentada, aqui, na versão de Detinha, *Obágesi* do *Ilê Axé Opo Afonjá*:

> *Omolu é filho do Orixá Nanã com Oxalá. Mas esse filho nasceu muito cheio de problemas, doenças de pele, cheio de feridas. Então Nanã desprezou ele. Iemanjá encontrando ele jogado fora, né, acolheu ele, criou ele, curou as feridas dele e quando ele cresceu, ele saiu pelo mundo curando as doenças de pele, principalmente catapora, sarampo, varíola, esses tipo de doença, todo tipo de doença de pele... e certa vez a mãe dele mandou chamar ele para pedir perdão porque estava arrependida do que ela havia feito. Então ele perdoou. Mas a mãe dele, que ele considera muito mais do que a própria Nanã, é Iemanjá. Aí tem uma prova que a verdadeira mãe muitas vezes não é aquela que pare, e sim, aquela que cria, né? Que cria, que educa, mas ele perdoou a mãe dele.*

A presença de feridas divinas, desde o nascimento de *Omolu*, confere-lhe uma dupla polaridade de figura doente, com poderes de cura. O drama de ser rejeitado, em um primeiro momento, pela mãe e de ser recolhido por *Iemanjá* marcam sucessivamente a sua vida errante pelo mundo, curando as doenças contagiosas.

Divindade da varíola, deus das pestes, mas também das doenças da pele, a sua imagem iconográfica manifesta uma simbologia carregada de significados. O cetro real, o *Xaxará*, que ele sustenta com a mão e os búzios que enfeitam sua veste de palha são um "manifesto-signo" de poder divino e de cura. O *Xaxará* é descrito por Verger como "Uma espécie de vassoura feita de nervuras de folhas de palma, decorada com búzios, contas e pequenas cabaças que se supõe conter remédios" (1993:229). A veste de palha da costa que cobre o rosto e o corpo cria uma barreira ao olhar, impedindo que seu corpo contorcido e ferido seja visto, abrindo, assim, os caminhos do imaginário coletivo. Interdições físicas e visuais obrigam a manter uma distância com a divindade como o preceito passado pelo *Obá Aré* do *Opo Afonjá* :"Esse Santo não se deve abraçar" (Cruz De Andrade *et al.*, 1959). Durante as festas dos terreiros, quando a divindade se manifesta em uma pessoa, essa é coberta com um pano branco chamado *alá*, para que seu rosto não seja visto.

Nos terreiros, a comida de *Omolu*, com bastante *dendê* e servida em folhas de mamona, é constituída de feijão preto, milho branco, vatapá, acompanhados de carne de galo e bode[7]. Essa comida é preparada durante uma cerimônia a ele dedicada, chamada *Olubayê*[8]. Esse ritual consiste em uma cerimônia de oferenda de comidas frias. A comida é preparada pela manhã, cedo, muito antes da festa que se realiza, geralmente na segunda feira, dia de *Omolu*. Além da oferenda dessas comidas, é ofertada muita pipoca, lançada sobre *Omolu* e todas as pessoas presentes à cerimônia.

A origem desse ritual e da relação existente entre *Omolu* e *Oxum* pode ser encontrada no mito, abaixo, contado por Detinha:

Certa vez Omolu se aborreceu, se aborreceu e aí sumiu. Ninguém achava Omolu. Todos procuravam ele e não achavam. Foram pedir para Nanã procurar ele, ninguém achou Omolu. E Oxum era muito feiticeira. O feitiço dela era na comida. Ela aí fez uma comida muito gostosa, muito cheirosa, botou num balaio e cobriu e saiu andando pelo mundo afora... aquele cheiro! Aí Omolu não agüentou, que já estava com muita fome, há dias que ele estava com fome. Aí ele disse: "– Oxum! Oxum!". Aí Oxum ficou procurando. "– Oxum!" Ela olhou e ele estava dentro de um buraco. "Você me dá um pouco de sua comida, Oxum?!" Ela disse: "– Omolu! Não, sai, eu lhe dou comida. Eu lhe dou, mas você sai aí desse buraco." Aí ele disse: "– Não saio não" "– Sai Omolu. Sai que eu lhe dou a comida". Ele saiu, aí ela entregou a comida. Quando entregou, aí ela agarrou ele, e gritou pelo povo: "– Ah! Omolu, achei Omolu". Aí tirou essa cantiga:

Yèyé so lu ba je iso
lu ba je
Yèyé so lu ba je iso
lu ba je[9]
Aí que Oxum ficou muito amiga de Omolu, muito amiga de Omolu.

Há uma relação privilegiada desta divindade com a terra que constitui um elemento interpretativo central no candomblé, sendo a terra símbolo de fertilidade, de energia, de força. Nesse conto mítico sobre a origem do *Olubayê* reforça-se a relação de *Omolu* com a terra, encontrando-se ele dentro de um buraco, em contato direto com as partes mais profundas da terra.

A terra é necessária para o desabrochar da natureza, e o povo do candomblé sempre está saudando-a, tocando primeiro o solo com a mão e depois a cabeça. Esse ato de se voltar para a terra-mãe foi interpretado por Vanda Machado (1996) nesse enunciado: "Quando você toca o solo e depois a cabeça, você está tirando a força da terra para sua cabeça". Essa relação com a terra está presente também em *Oxumaré*, irmão de *Omolu*, representado simbolicamente por uma serpente que, rastejando ao sol, mantém um vínculo indissolúvel com a terra. É preciso considerar que *Omolu* está ligado também à terra árida, seca, daí serem os cactos, árvores ligadas a ele. A dupla lógica interpretativa da terra que de um lado é fértil, dando a vida, é, de outro, o espaço onde repousam os corpos e os ossos dos mortos. *Nanã* e *Omolu* estão profundamente ligados também a esse processo. Na verdade, o temor que *Omolu* produz nas pessoas não é somente relacionado à possibilidade de produzir a doença mas advém da forte ligação que ele tem com os *Eguns*, os ancestrais, e com a própria morte, o que explica que muitas pessoas de candomblé, quando vão a um funeral, levam consigo contas de *Omolu* ou

contas de *Iansã* [10]. Esta ligação com a morte é a lógica conseqüência da relação que essa divindade mantém com a doença. Ele é filho de *Nanã* que, por sua vez, está relacionada com a morte. Sendo ligada à lama primordial, à terra da própria criação dos homens, *Nanã* é, ao mesmo tempo, responsável pela devolução dos corpos dos seres humanos à própria terra. Ela se situa no espaço chave entre a vida, o nascimento dos indivíduos, e a passagem para a morte e *Omolu,* como seu filho, tem a responsabilidade sobre os ossos dos mortos.

O MÉDICO FERIDO

Narra Artur Ramos (1934: 37-38) este caso: " *me foi relatado no Gantois, de Américo, antigo filho de santo que quis retirar-se de um candomblé no momento em que cantavam a Omolú. "não saia que você se arrepende!" Exprobraram-lhe. Não fez caso e saiu "que me importa!" exclamando. No caminho, alta noite, encontrou um velho que lhe esfregou as mãos no rosto. Ali mesmo caiu e ficou três dias, ao fim dos quais o foram encontrar coberto de bexigas"*

Uma abordagem semântica da figura de *Omolu* permite identificar alguns elementos simbólicos importantes: *Omolu* é, principalmente, o Orixá das epidemias, "das doenças que pegam" como dizem no candomblé (Costa Lima, 1995). Do ponto de vista histórico, esta relação com as doenças epidêmicas graves como a varíola produziu um vasto fenômeno religioso de culto, conforme menciona Artur Ramos (1934: 37): "Nas antigas epidemias de varíola, na Bahia, o seu culto tomou uma extensão assombrosa".

O conceito de doença transmissível, para os membros do candomblé, está associado à figura de *Omolu*. As doenças varíola, catapora, lepra, peste, sarampo, rubéola ligam-se a esta divindade e se evidenciam, muitas vezes com manifestações cutâneas, signos que reforçam as relações com essa figura, como nesse caso relatado de uma Mãe de Santo:

O filho de uma amiga estava doente de catapora e a minha neta ficou doente também. Ela estava toda pocadinha, toda enfofadinha. Mas saiu tanta! É o Velho que traz essas doenças.

Uma primeira interpretação causal considera a manifestação da doença como uma punição da divindade contra aqueles que: "o ofenderam ou conduziram-se mal" (Verger, 1992:61). Esta interpretação é muito freqüente entre as comunidades de diferentes terreiros. No entanto, uma segunda interpretação dada por Mãe Stella, *Ialorixá* do *Ilê Axé Opô Afonjá,* considera que a doença não é produto de uma punição divina, mas conseqüência de um comportamento individual não

condizente com os fundamentos relacionados à divindade. Para Mãe Stella, os *Orixás* não punem as pessoas, mas elas podem ficar mais frágeis se não cuidam do próprio *Orixá*, e se o ofendem. Se isso ocorre, a pessoa pode ficar como uma criança sem a proteção do pai.

Na manifestação da doença, uma relação analógica se estabelece entre feridas divinas e lesões cutâneas, entre a "contagiosidade" da doença do divino e a transmissibilidade no ser humano. Pode-se identificar esta relação entre as feridas de *Omolu* e as flores de pipoca, uma das suas comidas preferidas e utilizada nos banhos de purificação e em diferentes rituais.

A visibilidade cutânea mostra uma clara presença de um estigma de contágio. Uma das doenças que não entra nesse jogo de lesões cutâneas visíveis e contágio é a epilepsia, considerada em alguns terreiros como a expressão emblemática de possessão. Tal interpretação é negada por outros, em um jogo de polissemia e multivocalidade, sempre presente no candomblé. *Omolu*, na dança, às vezes, se move espasmodicamente, com movimentos clônicos que lembram a epilepsia. O tronco e a cabeça curvados mantêm uma relação analógica entre as manifestações da doença e a dança.

Várias interpretações consideram a epilepsia como uma doença típica de *Omolu*. Uma Mãe de Santo assim me contou:

> *o povo diz que essas doenças de bater pertencem a Omolu, essa é epilepsia.*

Segundo a tradição popular, o contágio entre uma pessoa epiléptica e outra se produz através do contato com a saliva como pode-se comprovar pelo caso que colhemos da narração uma pessoa que assim contou:

> *Ele começou a se bater, babar, bater a cabeça, quebrou a boca, ninguém queria encostar nele com medo da baba, pensando que era epilepsia. Se entortou todo.*

Esta saliva na boca assume o valor de signo que permite, em diferentes culturas, definir o contagio de uma doença. Uma dupla interpretação causal liga a epilepsia à figura de *Omolu* e ao contágio com a saliva. As contrações, signo de uma doença ligada a *Omolu*, convidam a pessoa atingida a estabelecer uma relação com a divindade através de uma série de obrigações, que permitem curar ou reduzir a sintomatologia.

O tema do terapeuta sensível ao sofrimento e à dor do paciente se manifesta de maneira profunda no candomblé não somente pelas próprias características de *Omolu*, mas pela presença de terapeutas que vivenciaram, eles próprios, um processo de doença, de sofrimento e de cura. Aliás, no caminho terapêutico do pa-

ciente esses terapeutas tentam restabelecer o equilíbrio da pessoa doente, recuperando a energia vital, isto é, o *axé*. Três principais formas de cura podem ser identificadas: 1) trata-se de rituais de purificação como o banho de flores de pipoca ou com a água do santo[11]; alguns destes rituais, os *ebó*, permitem a passagem da doença do corpo da pessoa ao alimento ou, ao animal em um processo de contágio por contigüidade, descrito também em outras culturas (Frazer, 1973; Perrin, 1985; Caprara, 1994); 2) refere-se aos cumprimentos de uma série de obrigações dedicadas a *Omolu* como, por exemplo, realizações de cerimônias no mês de agosto. Uma mulher, filha de *Omolu* como os diversos membros da sua família, nos contou que toda a família tem a devoção de jogar pipoca no telhado, nas pessoas e distribuir pipoca aos meninos de rua; caso a família não faça isso, os membros dela ficam doentes, com aparecimento de feridas, furúnculos, abcessos nas pernas, e nos braços; 3) trata-se da adivinhação do jogo de búzios, que permite a Mãe de santo adivinhar quem é o *Orixá* que pede que a pessoa " seja feita" (Braga, 1988). A partir desse momento, a cura acompanha um longo processo de iniciação, já descrito na literatura antropológica (Ramos, 1934; Carneiro, 1948; Bastide, 1978). Em diferentes casos que pude documentar, a cura se produziu depois da iniciação.

O JOGO DO REVERSO

Um ponto importante dessa pesquisa refere-se, principalmente, à relação entre paciente e divindade, com a freqüente mediação da Mãe e do Pai de Santo na prática terapêutica. Uma primeira relação se estabelece entre *Omolu* e seus filhos[12]. Os filhos desse *Orixá* utilizam colares de cor preta e vermelha, em particular um de cor preta chamado *Lagdibá*. No *Axé Opo Afonjá*, em toda primeira segunda-feira do mês, há uma obrigação dentro da casa de *Omolu*[13]. Geralmente, no domingo, os filhos dele dormem no terreiro para que na segunda feira, realizem o ritual chamado *Ose*, que se caracteriza pela limpeza das ferramentas do Orixá e dos assentamentos. Entrando na casa de *Omolu*, os filhos ficam em silêncio porque a palavra, para ser comunicada com essa divindade, deverá ser muito cuidada.

Ele é um Orixá muito temido e, em uma espécie de jogo de reverso, seus filhos e outras pessoas que lhe querem pedir um favor terão de pronunciar o pedido ao contrário: "*Omolu*, eu peço que você não me ajude" falam assim por temor a ele. Este jogo de contrários não se manifesta somente na relação entre indivíduo e divindade mas também nas relações entre os membros do terreiro. Um exemplo que pode espelhar esse jogo é o fato de uma pessoa mais velha, filha de *Iansã*, encontrar uma pessoa mais jovem e afirmar: "*Iansã* te abençoa", referindo-se ao próprio *Orixá*. Esse tipo de cumprimento é comum para todos os *Orixás*, exceto para *Omolu*. Nesse caso, não se pronuncia a frase para não desen-

cadear um processo reverso, que poderia produzir o irreparável. Ao mesmo tempo, esse respeito, esse temor que se mantém com a divindade, influencia também a relação com os seus filhos que são respeitados para não ofender o pai. É freqüente ouvir a seguinte frase: "Não mexa com um filho de *Omolu* porque ele é filho de *Omolu*".

O jogo do reverso atravessa a cultura afro-brasileira e se manifesta em múltiplas outras formas interpretativas. Remonta suas raízes à cultura africana, como já descrevemos em precedentes publicações (Caprara, 1994). No candomblé, o jogo do reverso pode ser identificado, além da transformação que se produz nos seres humanos através dos estados de possessão, em outras formas de inversão. Pode-se também enfatizar o forte vínculo existente entre imaginário e realidade, entre as múltiplas formas evocadas através do discurso, dos sonhos, das práticas, e da vida quotidiana. *Omolu* representa esta subversão da ordem.

A MEDICINA NOS LABIRINTOS DO CONHECIMENTO

Uma tradição importante vem se desenvolvendo nos últimos anos, na antropologia médica, com autores como Byron Good, Arthur Kleinman, Gilles Bibeau, Allan Young, que interpretam a doença como um produto culturalmente determinado. A doença é vista não como entidade mas como modelo organizado em uma rede semântica (Good, 1977; Bibeau, 1981), em um modelo explicativo (Kleinman, 1980), numa estreita relação com os fatores econômicos e sociais (Young, 1976). A cultura, nesse sentido, organiza a experiência da doença e do comportamento de maneira diferente nas diversas sociedades. Neste processo produzem-se metáforas e símbolos ligados à doença e, nessa perspectiva, mesmo as práticas médicas passam a ser consideradas como atividades culturalmente determinadas.

Uma análise que procura sondar como a medicina é determinada culturalmente e como constrói os próprios objetos de conhecimento vem sendo desenvolvida por Byron Good (1994). Adotando uma perspectiva que desenvolve uma teoria estética da doença, este autor tenta compreender como o conhecimento científico se conforma em práticas culturais específicas. Através de uma dupla perspectiva, centrada no significado e na teoria crítica, Good utiliza a teoria das formas simbólicas de Cassirer para analisar como se forma o objeto de conhecimento na área médica. Observa que a medicina ocidental vem construindo, até o momento, seus próprios objetos através de uma série de processos definidos. Nesse sentido, a maioria das Faculdades de Medicina estuda a doença, principalmente, em sua dimensão física, patológica, transportando essa visão para a prática hospitalar. Os estudantes entram no universo médico adotando práticas definidas de conhecimento, formas especializadas de escritura, observação e linguagem que modelam a realidade em uma maneira específica.

Se é certo que a doença tem uma dimensão física, que é estudada nas faculdades e vivida quotidianamente na prática clínica, há também outra dimensão "experiencial", ligada ao paciente e à sua maneira de perceber e viver o sofrimento e à dor, já vista neste trabalho sobre as práticas usadas no candomblé. Este outro aspecto é, freqüentemente, ignorado pelos profissionais da medicina na prática quotidiana, sendo completamente esquecido já na fase da formação médica. A discussão da função do profissional em relação ao paciente acontece somente em alguns casos específicos no campo da medicina e da enfermagem. Destaca-se, hoje, o caso da AIDS, em que a difusão da pandemia tem produzido a proliferação de "formações discursivas" sobre esse tema que tocam aspectos políticos, éticos, científicos, sociais e de comunicação. O aspecto totalmente novo dessa doença é que pela primeira vez, muitos doentes contam a própria história, quebrando o silêncio, demistificando a doença (Bibeau, 1994). Em alguns casos úteis para nossa reflexão, os doentes se transformaram em "mestres para seus psicoterapeutas", levando-lhes a se confrontarem com eles mesmos, com os seus próprios medos, pondo em discussão a própria vivência (Michaud, 1994).

Nesse sentido deve ser interpretado o pensamento de Gadamer (1994), citado anteriormente, chamando a atenção para a necessidade de que o médico seja sensível à experiência do paciente, o objeto de observação se transforme em novo sujeito e o caminho da formação dos estudantes de medicina possa levar em conta elementos de um percurso similar ao psicanalítico.

No candomblé são documentáveis vários casos de terapeutas que vivenciaram neles mesmos um processo de doença. Por isso o conceito de médico ferido está presente além da figura de *Omolu*. Os dados etnográficos apresentados na primeira parte, que focalizam a atenção sobre a relação entre paciente e divindade com a freqüente mediação da Mãe e do Pai de Santo, nos convidam a considerar a relação que se estabelece entre terapeuta e paciente.

Na consulta clínica, a relação médico-paciente é caracterizada por diferentes etapas: pela apresentação da sintomatologia por parte do paciente, pelo processo diagnóstico, de tradução dos sintomas em doença definida patologicamente, e pela prescrição de um tratamento determinado pelo médico e aceitável pelo paciente. Nesse processo, seria necessário construir uma "negociação" em que entra o consenso entre médico e paciente (Helman, 1984). Muitos problemas aparecem durante esse encontro: a má compreensão por parte do médico das palavras utilizadas pelo paciente para expressar a dor e o sofrimento, a incompatibilidade dos modelos explicativos e as dificuldades na adesão ao tratamento. Para poder superar essas dificuldades, na lógica do modelo explicativo, Kleinman (1980) sugere que o médico tente compreender como o paciente e seus familiares vivem e interpretam a origem e o significado da doença, considerando não somente a dimensão física, mas também a emocional, a social e a comportamental. Em uma fase sucessiva de seu pensamento, esse autor desenvolveu uma série de conceitos

e categorias analíticas que consideram a doença como uma expressão polissêmica, multivocal, como rede de significados que relacionam a experiência da doença com a visão do mundo (Kleinman, 1988; 1991). A própria narrativa da experiência do paciente transforma-se em uma importante resposta à sua doença, reafirmando valores culturais que constituem, às vezes, um manifesto de condenação de uma experiência de opressão e de violência.

Nesse sentido, uma análise antropológica da saúde, da doença e do saber médico exige um conhecimento da linguagem e da experiência do sujeito (Good, 1994). Essa perspectiva foi retomada nos últimos anos, no Brasil, por alguns autores que abordam a temática de um ponto de vista teórico (Alves e Rabelo, 1995). Nessa orientação, a experiência da doença contada através das histórias de vida, os estudos de caso, as entrevistas e os diálogos dos pacientes com os médicos, constituem uma forma de expressão narrativa que ajuda a compreender os múltiplos significados da doença.

Mas é necessário perguntar se os instrumentos de análise da narrativa, provenientes da crítica literária, são suficientes para compreender o polimorfismo, a multivocalidade de sentido ligado a experiência da doença. Ellen Corin e Gilles Bibeau propõem, na obra *Beyond Textuality*, um enfoque que combina elementos da antropologia crítica e interpretativa. Por um lado, a narrativa é vista como expressão das relações de poder dentro da comunidade, por outro lado, a experiência da doença manifesta um sentido, no momento em que a experiência individual está ligada aos valores culturais e aos elementos históricos e contextuais.

Entre as implicações que estes estudos produziram nos últimos anos faz-se necessário destacar a experiência da formação dos estudantes da Escola de Medicina de Harvard (*Harvard Medical School*) na qual é focalizada a atenção sobre a relação entre médico e paciente (Branch *et al.* 1991). O curso tem base em quatro elementos básicos, a saber: 1) O aprendizado começa a partir de uma autobiografia pessoal que os alunos realizam em um processo de grupo de reflexão sobre a própria experiência; 2) O desenvolvimento de uma compreensão de como a percepção da doença do paciente influencia o processo de cura; 3) A participação dos alunos no processo de coleta de histórias clínicas completas, de anamnese do paciente; 4) Um aprendizado dirigido para a compreensão de aspectos de ética médica, das ciências sociais e da experiência do médico que trabalha com pacientes. Essa experiência pode ser um estímulo para que possam ser reproduzidas em outras Universidades, em outros contextos, experiências similares de formação.

CONCLUSÃO

Este trabalho pretendeu desenvolver uma análise crítica da medicina ocidental e da lógica que sustentam suas práticas, aprofundando elementos ligados ao processo saúde-doença e às práticas de cura no candomblé. O conceito de

médico ferido desenvolvido por diferentes autores como Gadamer e aplicado em uma transformação da prática médica ocidental, está, na verdade, presente em diferentes culturas entre as quais a afro-brasileira. A divindade *Omolu*, *Orixá* das doenças que pegam, caracteriza-se pela duplicidade da experiência da doença e do poder de cura, favorecendo desenvolver elementos úteis à reflexão para a constituição de uma medicina mais humana.

Atotô.

AGRADECIMENTOS

Quero agradecer a Mãe Stella *Ialorixá* do *Ilê Axé Opô Afonjá,* Carybé, Obá Kakanfò, Detinha, Genivaldo Rosendo de Lima, Graça de Iansã, Francisco e Eva Codes, Susanna Barbara, Anna Nolasco e os outros filhos de *Omolu* e irmãos do *Ilê Axé Opô Afonjá* pelo carinho, o afeto e a disponibilidade com a qual me acolheram entre eles. Um agradecimento particular também a Nadja de Andrade pela ajuda na transcrição dos contos e das cantigas. Tenho dívidas de gratidão também com Mãe Maria Das Neves, Valdiva e as outras Mães, Pais de Santo e Yaôs que me ajudaram a penetrar nos labirintos da doença. Gostaria também de agradecer a Vivaldo Costa Lima, Naomar de Almeida Filho, Gilles Bibeau, João Guilherme Biehl e Gabriela Godoy pela leitura e comentário de uma primeira versão do texto e a Eurides Pitombeira de Freitas, Marialda Silveira e Denise Coutinho pela revisão crítica. Durante a pesquisa de campo, este trabalho teve a ajuda também de Ana Terra, Armando Castro Filho, Maria de Lourdes, Adriana Camargo e de Jacinea Santana na transcrição de parte do material. Muito obrigado a todos.

REFERÊNCIAS

ALVES, P. C. e RABELO, M. C. (1995). Significação e Metáforas: Aspectos Situacionais no Discurso da Enfermidade. In R. Pitta (org.), *Saúde e Comunicação. Visibilidades e silêncios,* São Paulo HUCITEC-ABRASCO, pp. 217-235

BASTIDE, R. (1978). *O candomblé da Bahia: Rito nagô.* São Paulo: Nacional.

BIBEAU, G. (1981). The Circular Semantic Network in Ngbandi Disease Nosology. *Social Science & Medicine*, 15B: 295-307.

BIBEAU, G. e R. MURBACH (orgs). (1991). Présentation. Déconstruire l'univers du sida. *Anthropologie et Sociétés*, 15, 2-3, 5-11.

BIBEAU, G. (1994). Une mémoire oubliée. *Vice Versa* 40-43, mai.

BOTAS, P. (1996). *Carne do Sagrado. EDUN ARA Devaneios sobre a espiritualidade dos orixás.* Rio de Janeiro: Koinonia/Vozes.

BRAGA, J. S. (1988). *O jogo de búzios: Um estudo de adivinhação no candomblé*. São Paulo: Brasiliense.

BRANCH, W. T.; ARKY, R. A.; WOO, B.; STOECKLE, J. D.; LEVY, D. B.; TAYLOR, W. C. (1991). Teaching Medicine as a Human Experience: A Patient-Doctor Relationship Course for Faculty and First-Year Medical Students. *Annals of Internal Medicine* , 114, 6, 482-489.

CACCIATORE, O. G. (1977). *Dicionário de cultos afro-brasileiros*. 2° edição, Rio de Janeiro: Forense.

CAPRARA, A. (1994). *Les interprétations de la contagion; Représentations et pratiques chez les Alladian de la Côte d'Ivoire.* Tese de doutorado, Université de Montréal, (Mimeo.).

CARNEIRO, E. (1948). *Candomblés da Bahia*. Salvador: Editora Museu do Estado da Bahia.

CASSEL, E. (1982). The Nature of Suffering and the Goals of Medicine. *New England Journal of Medicine* , 306, 639-645.

COSTA LIMA, V. (1995). Transe e possessão no Candomblé da Bahia: Uma abordagem antropológica. In Uchôa Junqueira Filho, L.C. (org.), *Corpo-mente: uma fronteira móvel.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

CRUZ DE ANDRADE, N.; COSTA LIMA, V. e ROSSI, N. (1959). Afoxé, auto lúdico-religioso. *IV Colóquio Internacional de Estudos Luso-Brasileiros* Salvador, Bahia (Mimeo.).

FRAZER, J. G. (1973). *Il Ramo d'oro*. (1° edição *The Golden Bough* 1922), Torino: Boringhieri.

GADAMER, Hans-Georg. (1994). *Dove si nasconde la salute* (1° edição *Uber die Verborgenheit der Gesundheit* 1993). Milano: Raffaello Cortina Editore.

GOOD, B. (1977). The heart of what's the matter: the semantic of illness in Iran. *Culture Medicine and Psychiatry* 1:25-58.

GOOD, B. (1994). *Medicine Rationality and Experience.* Cambridge: Cambridge University Press.

GROESBECK, C. J. (1975). The archetipe of the wounded-healer. *Journal of Analytical Psychology* 20, 2.

GUGGENBUHL-CRAIG, A. (1983). *Al di sopra del malato e della malattia*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

HELMAN, C. (1984). *Culture Health and Illness.*. Wright: Bristol.

KLEINMAN, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

KLEINMAN, A. (1988). *The Illness Narratives: Suffering, Healing and the Human Condition*. New York: Basic Books.

KLEINMAN, A. (1991). Suffering and its Professional Transformation: Toward an Ethnography of Interpersonal Experience. *Culture, Medicine and Psychiatry* 15: 275-301.

LANDES, R. (1950). Os Deuses Africanos. In Edison Carneiro, *Antologia do negro brasileiro.* Rio de Janeiro: Editora Globo, 327-330.

MACHADO, V. (1996). Comunicação apresentada na Mesa *As Folhas do Povo. I Encontro das Folhas. Pierre Fatumbi Verger* Salvador, 23. Agosto (Mimeo.).

MADEIRO LEITE, A. J. (1992). A questão do humanismo em pediatria. O Desafío da Prática., *Clinica Pediatrica.* 3, 3-4.

MICHAUD, G. (1994). La Mort Anticipée. Apresentação do livro de Chantal Saint-Jarre, *Du sida. L'anticipation imaginaire de la mort et sa mise en discours* Denoèl in *SPIRALE* n. 134, Montréal, avril.

PERRIN, M. (1985). Les fondements d'une catégorie étiologique (la notion de contamination chez les Guajiro). *L'Ethnographie*, 2: 103-122.

PIERSON, D. (1967). *The Negroes in Brazil. A Study of Race Contact at Bahia.* (1° edição 1942), Southern Illinois University Press.

PRANDI, R. (1994). *Os Candomblés de São Paulo.* São Paulo: HUCITEC.

RAMOS, A. (1934). *O Negro Brasileiro*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

RATIS E SILVA, P. (1987). Exu/Obaluaiê e o arquétipo do médico ferido na transferência. In C. E. Marcondes de Moura (org.), *Candomblé. Desvendando Identidades.* São Paulo: E. M. W. Editores.

RODRIGUEZ, N. (1935). *O Animismo Fetichista*. Salvador: Civilização Brasileira.

VERGER, P. (1955). *Dieux d'Afrique.* Paris: Ed. Noire.

VERGER, P. (1992). *Lendas dos Deuses Africanos.* Bahia: Corrupio.

VERGER, P. (1993). Orixás da Bahia. In Carybé, *Os Deuses Africanos no Candomblé da Bahia*. Salvador: Editora BIGRAF.

WULFF; PEDERSEN e ROSEMBER. (1994). *La filosofia della medicina* (1°edição *The Philosophy of Medicine* 1986). Milano: Raffaello Cortina Editore.

YOUNG, A. (1976). Some Implications of Medical Beliefs and Practices for Social Anthropology. *American Anthropologist,* 78: 5-24.

NOTAS

[1] Também, pode-se ler uma análise psicanalítica da figura do médico ferido em Groesbeck (1975).

[2] *Experiência e Subjetividade, a construção narrativa da doença em famílias urbanas de Fortaleza e Salvador*, é uma pesquisa realizada em colaboração com a Escola de Saúde Pública do

Ceará, e financiada pelo Projeto Nordeste 2/Banco Mundial, Ministério da Saúde. Os dados aqui apresentados referem-se a uma parte da pesquisa realizada na cidade de Salvador, Bahia.

[3] Outro espaço terapêutico, perto da Igreja de São Lázaro, é constituído pela gruta de *Omolu* que visitamos várias vezes.

[4] Segundo a tradição *Exu* também é filho de *Oxalá* com *Nanã*, e irmão mais velho de *Omolu*.

[5] Uma larga lista de termos e qualidades em línguas ketu, jêje e angola é também apresentada por Prandi (1994).

[6] A sua personalidade e a relação com as outras divindades permitem várias leituras interpretativas como aquela do analista junguiano Pedro Ratis e Silva (1987) que em um interessante conto autobiográfico analisa a própria vida em relação com esse Orixá, ou como aquela de Paulo Botas (1996), que representa Obaluayê emquanto "negação da negação".

[7] Nos terreiros da Bahia utilizam-se, também, pato, porco, pombo, feijão fradinho, *acarajé*, farofa de *dendê*.

[8] *Olubayê* significa: *Olú*: aquele que, *gba*: aceita, *je*: comer (Cacciatore O. G. 1977).

[9] Uma segunda versão dessa cantiga é a seguinte:
Olu gba onje
onje mbo
e e e onje mbo
Olu gba onje
O significado da cantiga é o seguinte: faça bom proveito da comida, venha comer (Mãe Stella, *Axé Opo Afonjá*).

[10] *Iansã*, chamada também com o nome de *Oyá*, na forma de *Yansã* de *Igbalé* é conhecida como rainha dos *Eguns*, podendo penetrar e andar em meio deles (Verger P. F. 1993).

[11] Por exemplo, pode-se observar a utilização da água da gruta de São Lázaro, em Salvador, para banhos rituais.

[12] No *Ilê Axé Opo Afonjá*, Deoscóredes Maximiliano Dos Santos (Didi) mantém um importante cargo com *Omolu*, aquele de *Asobá*.

[13] A casa é consagrada também a sua mãe *Nanã* e a seu irmão *Oxumaré*. No *Axé Opo Afonjá*, também, os filhos de *Ogum* se reúnem na mesma data.

PSICOTERAPIA, DEPRESSÃO E MORTE NO CONTEXTO DA AIDS

Daniela Knauth

INTRODUÇÃO

A AIDS, por ser uma doença transmissível e letal, traz à cena uma série de questões que ultrapassam a esfera biomédica e dizem respeito aos aspectos sociais e culturais dos diferentes grupos atingidos pela epidemia. Os veículos de transmissão do vírus – sangue, esperma e leite materno – são os mesmos que, tradicionalmente e em diferentes sociedades, aparecem associados à vida. Mais que responsáveis pela vida, estes fluidos corporais são definidores de identidade individual e de relações sociais – relações de filiação, consangüinidade, parentesco (Balandier, 1988; Héritier, 1992; Thomas, 1991). A AIDS representa, assim, uma ameaça não apenas à vida das pessoas infectadas pelo HIV, mas coloca em questão, para retomar uma expressão consagrada por Héritier, algumas das "imagens arcaicas" da própria sociedade, isto é, os elementos e representações a partir dos quais se estabelecem as relações sociais.

O fato de ser, até o presente momento, uma doença incurável e mortal, faz da AIDS um objeto privilegiado de estudo tanto para as chamadas ciências médicas (infectologia, farmacologia, epidemiologia.) como para as ciências sociais (sociologia, antropologia, ciência política) e comportamentais (psicologia, psiquiatria). As ciências médicas, embora ainda não tenham encontrado a cura da doença, já obtiveram um considerável avanço no seu tratamento e no conhecimento dos mecanismos de ação do vírus no organismo humano. Pelo viés das ciências sociais, diferentes trabalhos têm demonstrado a importância dos fatores sociais, econômicos e culturais das sociedades e grupos sociais em questão para o entendimento dos caminhos seguidos pela epidemia e para a maior eficácia das campanhas de prevenção[1]. Já nas ciências comportamentais, a ênfase parece se dar nas complicações psicológicas e/ou psiquiátricas decorrentes da infeção pelo HIV e na urgência de tratamento destas a fim de garantir uma melhor qualidade de vida aos pacientes[2].

As preocupações destas diferentes áreas do conhecimento parecem estar bem delimitadas e definidas. Dificilmente estas preocupações se cruzam e discutem

entre si, pois são pensadas como pertencendo a esferas diferentes de uma mesma realidade, a epidemia da AIDS, que envolve, por sua vez, aspectos biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Admitem-se já relações entre o biológico e o psicológico, embora estas sejam praticamente desprezadas quando o sentido vai do psicológico ao biológico, pois são classificadas enquanto "somatização" ou doenças "funcionais". E, como afirma Camargo ao analisar a prática médica: "doenças evidenciadas como objetivas são mais 'graves' do que as ditas 'funcionais', independentemente de qualquer consideração relativa ao sofrimento dos pacientes" (Camargo, 1991:217). Por outro lado, os aspectos culturais e sociais são relegados fundamentalmente à prevenção, sendo considerados irrelevantes quando se abordam os aspectos biológicos e psicológicos da AIDS. Estes últimos são considerados como decorrentes quase que exclusivamente das características do vírus e da doença, mesmo que muitas destas características sejam eminentemente sociais.

Face a este contexto, o presente artigo se propõe a discutir alguns fatores de ordem social e cultural que aparecem intimamente relacionados aos fenômenos que, tradicionalmente, são relegados à esfera psicológica[3]. Mais precisamente, objetivamos evidenciar como a visão de mundo e a organização social de um determinado grupo determinam as estratégias de enfrentamento da doença, interferindo, assim, diretamente na manifestação dos aspectos psicológicos a ela associados. Partiremos da relação estabelecida com a medicina e, em especial, com a psicologia e/ou psiquiatria a fim de explicitar as diferentes perspectivas em questão, ou seja, a perspectiva médica e psicológica baseadas numa racionalidade cartesiana e a perspectiva do paciente, que parte de uma lógica diversa. Analisaremos como a categoria psicológica/psiquiátrica de depressão é transformada em uma categoria moral, que coloca em jogo o *status* social do indivíduo. E, por fim, enfocaremos a concepção de tempo e de morte que orientam algumas das principais estratégias de enfrentamento da doença e que explicitam os valores e a visão de mundo do grupo social em questão.

As conclusões apresentadas neste trabalho devem ser limitadas ao seu universo de estudo, qual seja, o de mulheres pertencentes às camadas mais desfavorecidas da população do sul do Brasil. Os dados aqui apresentados resultam de uma pesquisa que tomou por universo empírico um grupo de quarenta mulheres infectadas pelo vírus da AIDS, a partir do qual foram incluídas outras pessoas que integravam suas redes de relações imediatas (maridos, pais, filhos, sogros, vizinhos, etc.). O contato inicial com as mulheres se deu através do Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia, DST/AIDS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (RS), um dos centros de referência nacional no tratamento da AIDS. Embora o contato inicial com as mulheres tenha se dado através de um serviço de saúde, o foco do trabalho de campo não foi o espaço médico-hospitalar e sim o cotidiano das mulheres: suas casas, práticas quotidianas (de trabalho e lazer) e

redes de relações sociais. A metodologia utilizada foi a etnografia, com o privilégio à observação participante e entrevistas semi-diretivas.

As mulheres entrevistadas residem, em sua maioria, em bairros da periferia da cidade de Porto Alegre ou na zona denominada de Grande Porto Alegre (que compreende, entre outros, os municípios de Guaíba, Canoas, São Leopoldo e Alvorada). São bairros populares, sendo que muitos deles dispõem de uma infra-estrutura bastante deficiente, tanto no que se refere às condições sanitárias (esgoto, luz, calçamento) quanto em termos de prestação de serviços tais como transporte, supermercados, farmácias, etc. O acesso ao centro da cidade, onde se situa o hospital, consome em média uma hora e, conforme o bairro, necessita a utilização de duas ou mais linhas de ônibus. Quanto às condições de moradia, o universo em questão apresenta uma diversidade, pois enquanto algumas das mulheres possuem residência com um mínimo de conforto e privacidade (quartos individuais, cozinha, banheiro interno); outras moram em casas extremamente precárias (em favelas) que não dispõem das condições sanitárias básicas, como banheiro e esgoto. Essa diversidade em relação à moradia deve-se, entretanto, mais aos recursos familiares dos quais a informante pode dispor – como uma casa cedida por algum familiar, a coresidência ou o auxílio financeiro de um membro da família – do à sua própria situação econômica atual. No que diz respeito à composição das unidades domésticas, é interessante notar que poucas das mulheres vivem em unidades nucleares (casal e filhos). A maioria das unidades domésticas às quais as mulheres se vinculam contam com a presença de algum membro da família (tanto de origem como de aliança) ou então são a própria unidade doméstica de origem da informante (especialmente no caso das mulheres mais jovens e que não estabeleceram ainda uma aliança estável). É também bastante comum ter outros membros da família morando no mesmo bairro.

O "FALAR" SOBRE A DOENÇA

AIDS, em função da própria construção social da doença é, inegavelmente, considerada um *affaire* médico. As mulheres infectadas pelo vírus não hesitam, assim, em fazer apelo à medicina. Entretanto, isso não significa que concordem com a perspectiva médica da doença e nem que adotem todas as medidas preconizadas pela medicina. A diferença da perspectiva das mulheres em relação à perspectiva da medicina se explicita, sobretudo, face à homogeneização dos doentes operada por esta última. Isto porque, na perspectiva médica, é a doença que é privilegiada enquanto que, para as mulheres, são os doentes que deveriam sê-lo, pois se o vírus é o mesmo, as pessoas não são todas iguais. A objetividade imputada à prática médica, que faz com que esta se interesse apenas pelos fatos tidos como concretos (práticas sexuais, sintomas precisos, exames clínicos, etc.), é tida como um entrave à relação com os profissionais da saúde. Por outro lado, a

pouca importância que os profissionais da saúde atribuem ao contexto mais amplo da situação, que na visão das mulheres é fundamental para a apreensão da mesma, faz com que as práticas médicas sejam consideradas enquanto julgamentos morais. Como expressa uma das mulheres entrevistadas ao falar sobre sua gestação após o diagnóstico de HIV+: "*Nesse estado aqui* [grávida], *vai ser ainda mais difícil que as pessoas nos ajudem (...). Com que cara eu vou dizer às enfermeiras do hospital que (...) eu estou grávida de novo? Elas vão dizer que eu não tenho vergonha... Não vão entender...*".

É na relação com o psicólogo e/ou psiquiatra[4] que a objetividade da prática médica e o privilégio dado por esta à doença revela-se ainda mais claramente para as mulheres infectadas pelo HIV. Pois se a doença possui de fato aspectos objetivos, os sentimentos e as emoções não podem receber a mesma classificação. Na perspectiva das mulheres, estes provêm antes das relações sociais e das condições concretas de existência do que do próprio indivíduo[5]. Espera-se da terapia psicológica a resolução dos conflitos manifestados no domínio das relações sociais e não no individual. Dessa forma, a psicoterapia, por ancorar seu trabalho no indivíduo, não corresponde às expectativas de eficácia. Estas, por sua vez, estão pautadas num nível mais pragmático e imediato, implicando, assim, uma solução concreta, uma mudança no contexto tido como origem da perturbação. O depoimento de uma informante, submetida durante anos a acompanhamento psiquiátrico e psicológico e que decidiu suspendê-los, expressa esta concepção:

> *Eu parei porque isso* [a psicoterapia] *não resolvia nada. Ele* [o psiquiatra] *não dizia nada e o que ele me dizia eram coisas que eu já sabia. Sobre esse medo que eu tenho de ladrão, de bandidos, ele dizia que isso existe em tudo que é lugar... Até no dia que ele foi assaltado... Daí eu disse para ele: "Os ladrões, tu não precisas te preocupar, não precisa ter medo, tem por todo lugar!". Por que é que tu vai ficar contando tua vida se isso não vai resolver nada, se isso não vai mudar nada? Eu concordo com a minha tia que diz que se é para tu contar tua vida para outras pessoas que não podem fazer nada para resolver teus problemas, então é melhor nem dizer nada.* (Cristina, 25 anos)

A única vantagem que as mulheres reconhecem na psicoterapia reside no tipo de relação com o profissional da saúde que esta oferece, considerada como mais personalizada, mais "humana", do que as relações estabelecidas com os demais profissionais. Isto em função do próprio método de trabalho empregado, a entrevista ou, na categoria êmica, a *conversa*. Entretanto, esta personalização da relação não é vista como recíproca, pois não há uma correspondência por parte do terapeuta. Assim, quando se referem à psicoterapia, as mulheres fazem

questão de salientar que esta relação que se estabelece com o terapeuta não é verdadeira, sincera. O psicoterapeuta é classificado, em geral, como sendo *seco* e *muito direto* e neste contexto o diagnóstico é percebido como uma espécie de recriminação.

Mas, se esta avaliação é também válida para outras situações nas quais os membros dos grupos populares são confrontados com este tipo de terapêutica, no caso da AIDS ela adquire uma dimensão maior, na medida em que se trata de uma doença transmissível e mortal. Estas características da doença, quando submetidas a uma perspectiva psicológica, permitem identificar um conjunto de manifestações de ordem psíquica – por exemplo, "depressão", "transferência" e "negação" – que não correspondem necessariamente à percepção que os doentes possuem eles próprios de seu estado e da morte[6]. É neste sentido que a confrontação destas diferentes perspectivas é evocada pelas mulheres como o motivo pelo qual não atribuem eficácia à terapia psicológica, como demonstra a fala de uma informante transcrita abaixo:

> *Elas* [as psicólogas] *não são tuas amigas de verdade. Elas não falam da vida delas É somente tu que fala. E ao invés de te incentivar, elas te deixam triste. A primeira coisa que elas te perguntam é se tu tens algum sintoma e daí elas dizem: "porque tu sabes que a AIDS tem sintomas... ". Elas dizem que tu vais morrer, que a AIDS não tem cura... Eu não vou mais nas consultas com a psicóloga, isso não adianta nada, não resolve nada. Eu até tinha uma hora na semana passada, mas não fui. Agora eu vou só nas consultas com a doutora X.* (Sirlei, 32 anos)

Ou ainda o caso de outra entrevistada que, ao relatar o fato de ter esperado alguns dias antes de procurar recurso médico em função de uma pneumonia, salienta a interpretação da psicóloga a este comportamento como sendo uma manifestação do medo que ela tinha da morte, em função da associação pneumonia/AIDS. Segundo esta informante, este tempo de espera foi o período no qual pôde identificar a gravidade da doença e a necessidade de recurso médico e conclui: "*e também porque eu não queria deixar as crianças na casa de outra pessoa*".

É interessante notar que a avaliação da eficácia da psicoterapia está submetida às relações sociais e, particularmente, às questões de gênero. Neste sentido, se as mulheres não reconhecem sua eficácia quando elas próprias são as pacientes, quando se trata dos homens, seus companheiros, elas acreditam que o *falar* com um terapeuta poderia lhes fazer bem. Primeiro, porque consideram que os homens não possuem a mesma intimidade que elas com seus consangüíneos e amigos, pessoas estas privilegiadas para *falar* sobre a doença, nas quais é possível "confiar" e, portanto, "abrir-se". E neste sentido, é interessante notar que os

homens são os que resistem mais em revelar sua soropositividade aos familiares e amigos e quando o fazem é em função da própria visibilidade da doença. Já as mulheres consideram que a revelação de seu estado aos familiares, sobretudo aos consangüíneos, é uma espécie de "compromisso" decorrente do caráter mesmo da relação, que implica confiança e fidelidade. Segundo, porque o comportamento masculino é tido pelas mulheres como eminentemente perigoso, não somente em relação à saúde, mas em relação a própria vida. Na perspectiva feminina, os homens são *muito fechados*, isto é, não expressam o que pensam e sentem sobre a doença. Desse modo, as mulheres se questionam se este silêncio masculino significa um desprezo pela doença, no sentido de não conferir importância ao evento, ou se, ao contrário, significa a não aceitação desta. E, no caso desta última hipótese, as mulheres temem que os homens serão incapazes de suportar as implicações impostas pela própria doença. A psicoterapia possibilitaria assim, no caso masculino, *falar* sobre a doença, acalmando um pouco as inquietações e temores femininos. Por outro lado, as mulheres têm consciência de que os homens não aceitariam jamais este tipo de terapia pois *falar* da intimidade, especialmente para um especialista, não faz parte da *natureza* masculina. Mas assim mesmo elas não se cansam de indagar, através de um intermediário, que em geral é a mulher de um dos amigos da rede masculina, se seu marido não se *abriu* a este respeito.

A psicoterapia é, enfim, percebida pelas mulheres como uma oportunidade de *abrir o coração*, sendo que o terapeuta pode ser substituído com vantagens por uma outra pessoa mais próxima ou por outra relação onde se estabeleça uma certa forma de reciprocidade (como aquela estabelecida com o pesquisador). No caso estudado, a relação com o psicólogo se estabelece muito mais em função da estrutura do serviço do que de uma solicitação por parte das próprias pacientes. Na medida em que a psicoterapia é tida como não tendo nenhuma eficácia concreta, o profissional é avaliado por suas características pessoais – simpatia, gentileza, paciência. A relação com o psicólogo é vista como uma relação pessoal e, dessa forma, este é utilizado como intermediário na relação com o médico e com os demais serviços do hospital. Por exemplo, quando querem obter uma consulta extra com o médico, as pacientes recorrem à psicóloga solicitando encaminhamento e convencendo-a de que se trata de uma urgência.

DEPRESSÃO: UMA CATEGORIA MORAL

Não é raro que as mulheres infectadas pelo HIV sejam consideradas pelos profissionais da saúde e, em especial, pelos psicólogos e psiquiatras como *deprimidas*. Esta depressão é atribuída a diferentes fatores, tais como o comprometimento do Sistema Nervoso Central pela ação do vírus, a agudização de problemas neuropsiquiátricos anteriores e implicações e conseqüências do diagnóstico

de soropositividade para o HIV, mais precisamente, à possibilidade de morte (Abreu *et al.*, 1989). A depressão aparece ainda associada aos sentimentos de "vergonha" e "culpa" na medida em que identifica o doente a comportamentos "desviantes": a promiscuidade sexual, o homossexualismo, o uso de drogas injetáveis e a prostituição (Ajchenbaum, 1992). Face a este contexto, a depressão é considerada como uma reação "normal" na medida em que manifesta os sentimentos de "perda" decorrentes do diagnóstico e/ou doença, como afirma Abreu *et al.*: "a maioria dos pacientes com Sida são pessoas jovens, em início de suas carreiras e vida afetivas, e que subitamente se vêem tolhidas de planos e perspectivas de desenvolvimento. Devem aprender a lidar não só com estas perdas, mas também com a perda de sua imagem corporal anterior (...), de amigos e eventualmente de companheiro/as, de trabalho e rendimento econômico. A este conjunto de perdas, soma-se a presença constante da morte, e a antecipação desta evolução dentro dos recursos terapêuticos disponíveis no momento" (Abreu *et al.*, 1989:118).

Na perspectiva médica, a depressão[7] é uma categoria diagnóstica que indica um estado patológico – mesmo que no contexto este patológico seja esperado – e requer tratamento, psicoterápico e/ou medicamentoso, pois se situa no limiar entre o orgânico e o psicológico. Vários autores centrados em uma perspectiva antropológica, já destacaram a dificuldade de classificar a depressão, tendo em vista a diversidade de significados que os denominados sintomas depressivos assumem nas diferentes culturas (Fabrega, 1974; Bibeau, 1981; Kleinman, 1977; Kleimnam e Good, 1985; Uchôa, 1997). Seguindo esta abordagem, podemos observar como a transposição desta categoria diagnóstica para os grupos populares, em função da tênue fronteira que separa o psicológico do moral, dá-se sob o viés da moralidade. E, neste sentido, a AIDS e suas implicações não justificam este estado emocional, mas servem para explicitar uma condição social.

Na perspectiva das mulheres soropositivas, a depressão aparece associada a um conjunto de situações que, em última instância, colocam em questão o *status* social do indivíduo. Em primeiro lugar, a depressão é imediatamente relacionada ao *pensar* em excesso sobre uma situação, no caso a doença. Em segundo lugar, o *pensar* está intimamente relacionado ao corpo, produzindo efeitos neste. E, por fim, indica a alocação de tempo para esta atividade e para a própria pessoa em questão.

Assim, este ato de *pensar* sobre a doença é identificado como a principal fonte de angústias individuais e é percebido, neste sentido, como um verdadeiro "acelerador" da morte, como expressa uma das entrevistas: "*As pessoas que pensam nisso* [doença] *muito são aquelas que vão morrer mais ligeiro*". Esta relação entre *pensar* e morte adquire seu pleno sentido a partir de uma concepção de corpo que supõe a imbricação entre o físico e o moral. Podemos evocar aqui as considerações tecidas por Duarte (1986) a respeito do *nervoso* nas classes traba-

lhadoras urbanas. Segundo o autor, há um conjunto de avaliações ligadas às perturbações nervosas que são estabelecidas a partir de duas categorias: *idéia* e *cabeça*. Assim, uma pessoa reconhecida como mentalmente incapaz é designada pela expressão "fraco das idéias", enquanto o excesso de *idéias* é associado à atividade intelectual (o *estudo*) e percebido como origem de diversos tipos de *loucura* presentes nos membros das classes dominantes da sociedade. Mas esse excesso de *idéias* é também identificado como tendo efeitos perturbadores sobre os indivíduos de origem popular, cujos projetos de ascensão social passam pelo *estudo*. É esta "lógica do nervoso" que possibilita que o *pensar* em excesso seja percebido como ocasionando efeitos psicológicos e corporais – tais como falta de apetite, insônia, *tristeza*, *problema de nervos* – e produzindo, assim, importantes conseqüências sobre a saúde e, em especial, sobre a saúde mental, culminando com morte.

Entretanto, os efeitos prejudiciais do *pensar* não se limitam ao plano psicológico e corporal, mas implicam também uma espécie de avaliação moral da pessoa. Quem *pensa* muito é quem tem *tempo* para fazê-lo – o que indica o não cumprimento, ao menos em sua totalidade, de suas atribuições sociais. Dessa forma, *pensar* na doença, identificado como a origem da depressão, compromete o *status* social da mulher, colocando em questão a própria legitimidade de sua contaminação. É importante salientar que as mulheres estudadas fazem questão de afirmar que foram infectadas pelo marido, *dentro de casa*, a fim de destacar a legitimidade de sua contaminação e, ao mesmo tempo, diferenciar-se dos demais doentes da AIDS (homossexuais, prostitutas, promíscuos, usuários de drogas). Neste contexto, a disponibilidade de tempo para *pensar*, se levada às últimas conseqüências, corresponde à própria disponibilidade sexual, pois uma mulher/mãe que se preze não tem tempo de pensar. Assim, uma das estratégias sugeridas pelas próprias mulheres para evitar a depressão é o ocupar-se com as questões quotidianas e, principalmente, com o exercício do papel de mãe, como expressa a fala de uma informante à outra mulher grávida que acabava de se saber infectada pelo HIV:

> *Não se deve pensar negativo porque ter AIDS não é assim como a gente imagina no começo. A gente logo pensa que o nenê vai nascer muito magrinho, sem cabelos... Mas não é isso. Depois tu vais ver...(...) No fim, na verdade, nada mudou. Eu até esqueço que eu tenho isso porque nada mudou. (...) Tu vais ver, tu mesmo, depois do nascimento do nenê tu não vai ter nem mesmo tempo para pensar nesse assunto. Daí tu vais ter as fraldas para lavar, a mamadeira para fazer...Tu não vai ter tempo nem de pensar.* (Fátima, 27 anos)

Além disso, *pensar* na doença implica a admissão do "sentimento de culpa"[8] que é incompatível com a legitimidade da contaminação reivindicada pelas

mulheres. Uma das formas de demonstrar esta legitimidade é encarar a situação com normalidade, isto é, *nada mudou*. É neste sentido que algumas entrevistadas atribuem a depressão de determinadas mulheres ao fato dessas sentirem-se responsáveis pela própria contaminação e mesmo, em alguns casos, pela contaminação de outras pessoas (filho, companheiro). E a fim de demarcar sua diferença para com estas mulheres, recusam-se a participar nas reuniões do "grupo de mulheres HIV+" do hospital freqüentadas por estas mulheres que *pensam muito* na doença.

A depressão aparece ainda relacionada ao *ser só*, isto é, não ter ninguém de quem se ocupar (filhos, marido, consangüíneos). Mas se, por um lado, isto justifica a depressão visto que o *ser só* é considerado, de fato, uma situação triste e insuportável e, portanto, digna de compaixão, por outro, evidencia também um *status* social que é, no mínimo, duvidoso: por quais motivos uma mulher não teria um companheiro e, sobretudo, filhos e família para se ocupar? Não seria em função de seu próprio comportamento?

Assim, seja pela disponibilidade de tempo para *pensar* na doença, pelo "sentimento de culpa" em relação à contaminação ou pelo questionamento do *status* social, a depressão, na perspectiva das mulheres HIV+, funciona como uma categoria moral. Seu uso está associado ao encobrimento de uma situação social e tem a pretensão de "desculpar" um comportamento – não trabalhar, não se ocupar da casa e filhos, sentir-se vítima da situação, etc. É considerada, neste sentido, uma espécie de futilidade pois somente quem não tem um papel social importante a cumprir pode se dar o "luxo" de estar deprimido – tanto que este estado aparece vinculado aos grupos sociais dominantes ou, na expressão de uma entrevistada, aos "filhinhos de papai".

UMA MORTE ANUNCIADA?

A associação entre AIDS e morte é apontada pelos profissionais da saúde como um dos principais fatores das "complicações neuropsiquiátricas" apresentadas pelas pessoas infectadas pelo HIV. Aparece na origem tanto dos estados depressivos, os quais podem, por sua vez estar relacionados a "idéias e pensamentos de morte e suicídio" (Abreu *et al.*, 1989:121), como dos mecanismos de defesa e enfrentamento da situação, dentre as quais a "negação". Mas, como já evidenciamos no item anterior, para as mulheres portadoras do vírus da AIDS esta associação não justifica a depressão. A compreensão desta não justificativa passa pela concepção de morte e tempo acionada pelos membros dos grupos populares e sua relação com a situação específica da AIDS.

A associação entre AIDS e morte é presente também nas representações dos membros dos grupos populares, tanto que para muitos a definição de AIDS é a de *doença que mata*[9]. Para as mulheres infectadas pelo HIV, esta associação se ma-

nifesta, em especial, no momento inicial do diagnóstico, quando pensam que irão morrer imediatamente. Entretanto, o maior contato com os profissionais da saúde e com outras mulheres na mesma situação e a não manifestação da doença passam a funcionar para as mulheres como a prova de que esta morte não é tão imediata como pensavam. Dessa forma, a invisibilidade da doença permite também a invisibilidade da própria morte[10].

A forma pela qual estas mulheres portadoras de uma doença letal conseguem colocar a morte à distância, como se fosse algo que não lhes dissesse respeito, é impressionante. Mesmo que se considerem as explicações psicológicas que identificam nesta atitude um mecanismo defensivo e/ou de "negação" da doença,[11] é necessário admitir que estas atitudes estão estreitamente relacionadas à maneira de viver e à visão de mundo dos grupos populares. Pois, se aparentemente elas podem assemelhar-se ao comportamento de outros grupos, as motivações destas vão em sentido contrário.

Primeiramente, cabe salientar a presença desigual da morte nos diferentes grupos sociais. A ameaça concreta da morte é muito mais presente nas camadas mais desfavorecidas da população do que nas camadas privilegiadas. Os membros destas camadas desprivilegiadas estão, cotidianamente, expostos a condições de vida muito precárias (alimentação e moradia inadequadas), às deficiências do sistema de saúde, às péssimas condições de trabalho e a situações de violência quotidiana (brigas de *gangs* de tráfico de drogas, conflitos com a polícia, roubos e disputas domésticas)[12]. Assim, para as mulheres HIV+, a presença da morte é uma realidade que independe da doença. A AIDS é apenas uma ameaça a mais, um risco que vem se juntar aos demais. Além do que, é uma ameaça que pode, de certa forma, ser controlada através da adoção de medidas preventivas que visam evitar as doenças oportunistas associadas à AIDS[13]. É neste sentido que, ao falar da letalidade da AIDS, as entrevistadas fazem questão de enfatizar que "se pode morrer de qualquer outra coisa", sendo a AIDS um risco adicional e não, necessariamente, o principal. O depoimento de uma delas explicita esta concepção:

> *Tá certo, a AIDS é mortal, mas na verdade isso não quer dizer que a gente vai morrer por causa disso. A gente pode morrer de qualquer outra coisa. Tinha até uma mulher que morava ali em baixo, ela estava gorda e parecia bem de saúde, mas ela morreu em menos de uma semana por causa de um câncer. Ninguém podia imaginar que ela estava doente e quando eles levaram ela para o hospital já era muito tarde. Já uma outra mulher que mora aqui do lado e que tem AIDS estava super mal no hospital. Ninguém acreditava que ela ia sair de lá e, entretanto, ela voltou para casa e está muito bem.* (Janira, 19 anos)

As mulheres têm sempre uma história a contar para confirmar a tese de que a morte independe dos fatores tidos como mais prováveis, como demonstra o relato acima. A morte é vista como parte da vida, como um fenômeno natural que pode ou não aparecer associado a uma doença. Por outro lado, a maioria das entrevistadas já teve um contato próximo com a morte, seja de um filho ou companheiro, seja de um familiar. Muitas delas vivenciaram a proximidade da morte em seus próprios corpos em função de um acidente, de uma doença grave ou mesmo de uma tentativa de suicídio. Esta proximidade da morte não permite que estas mulheres compartilhem do sentimento de imortalidade que, segundo Ariés (1975), constitui uma das principais características da sociedade ocidental[14].

As mulheres não se percebem como imortais também pelo fato de pertencerem a uma família, a uma rede de consangüíneos que assegura uma continuidade apesar da ausência de alguns de seus membros. Nesta perspectiva, o desejo de ter um filho manifestado pelas mulheres não pode ser tomado como expressão do desejo de imortalidade, tal como o fazem algumas interpretações psicológicas. É antes, o cumprimento de um papel social de *dar* um descendente ao companheiro e aos consangüíneos. Como afirma Héritier a respeito da demanda pelas novas tecnologias reprodutivas: "parece que podemos falar sobretudo de um desejo de descendência e de um desejo de realização, mais do que um desejo de filho, e da necessidade de cumprir um dever para consigo próprio e com a coletividade, mais do que a reivindicação de um direito à possuir"(Héritier, 1985:10).

E é justamente por verem a morte como parte da vida e não, necessariamente, como dependente de uma causa predeterminada, que as mulheres soropositivas não aceitam a insistência dos psicólogos e psiquiatras em lhes lembrar que a AIDS é uma doença mortal. Esta discordância faz com que as mulheres "abandonem" o acompanhamento psicológico, como expressa uma entrevistada:

> *Ele* [o psicólogo] *me disse que eu tinha que saber que agora não é mais como antes porque eu estou doente e vou morrer. Eu saí de lá muito triste e nunca mais quis voltar. Vê bem se isso é uma coisa que se diga para alguém! Eu sei que eu vou morrer, mas eu ainda não estou doente. Para que pensar nisso?* (Solange, 28 anos)

O que incomoda as mulheres não é o fato de falar na morte, mas sim fazer dela um problema atual. Se o futuro está ainda distante, é melhor viver o presente sem a interferência das previsões futuras. Assim, não estando ainda doentes, por que deverão se inquietar no presente a partir da projeção do futuro?

Por outro lado, existe uma série de problemas mais urgentes que preocupam as mulheres – por exemplo, os cuidados dispensados aos filhos, o orçamento doméstico, o desemprego do marido – fazendo com que não tenham nem mesmo tempo para *pensar* na doença. Além do que, preocupar-se com uma coisa tão

distante e "pessoal" como é a AIDS, seria inadmissível e suscetível a críticas e julgamentos morais pois, como já evidenciamos, o *pensar* em demasia implica o não cumprimento do papel social.

Na verdade, preocupar-se com a própria morte pressupõe uma concepção individualista da pessoa, o que não encontra respaldo entre os membros dos grupos populares[15]. Quando as mulheres manifestam alguma preocupação em relação à morte é sempre em função dos filhos e/ou marido. E, neste sentido, não são seus projetos pessoais que estão em questão, mas sim quem irá assumir seu papel social, ou seja, quem irá lhes substituir no cuidado das crianças e do cônjuge. Assim, são justamente aquelas mulheres que não dispõem de um suporte familiar para assegurar este cuidado, bem como àquelas que não possuem ninguém de quem se ocupar, as que mais se inquietam com a própria morte.

A morte é sempre pensada em termos relacionais, isto é, em relação às conseqüências que ela poderá ocasionar às pessoas mais próximas e, em especial, às crianças. Ter alguém para cuidar, *alguém que precisa de ti* é também ter uma razão para viver, é ter um lugar na estrutura familiar e, portanto, exercer uma função social.

ALGUMAS CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este artigo buscou compreender a leitura que as mulheres portadoras do vírus da AIDS têm da relação, frequentemente estabelecida pelo discurso psicológico/psiquiátrico, entre depressão, morte e AIDS. É importante salientar que não estamos negando a existência de manifestações de ordem psíquica associadas à doença. Entretanto, nosso eixo de análise privilegiou a interpretação que as próprias mulheres dão a estas manifestações.

Na perspectiva das mulheres HIV+ pertencentes aos grupos populares, a AIDS e suas implicações não justificam a depressão, pois esta é atribuída ao *pensar* em demasia sobre a situação e não à doença em si. Entretanto, se a causa aparente da depressão é o *pensar*, que produz efeitos físicos e emocionais, podendo levar mesmo à morte, a "verdadeira" causa da depressão é, de fato, uma condição social. Ou seja, só *pensa* tanto a ponto de provocar uma depressão primeiro, quem *tem tempo* para tal e segundo, quem se percebe como responsável pela contaminação, isto é, quem *procurou a doença*.

Outro fator importante a ser considerado para a compreensão de como uma categoria diagnóstica é transformada em uma categoria moral é o caráter individualista que reveste a categoria depressão. Primeiro, a depressão é um sentimento individual, que implica, em certo sentido, um rompimento com o social. O próprio *pensar* associado pelas mulheres soropositivas à depressão é, por si mesmo, um ato individual, que pressupõe interiorização e individualização, como indica o axioma cartesiano "penso, logo existo". Segundo, este *pensar* implica

também um pensar sobre si, sobre a sua situação, indicando uma preocupação consigo próprio e, portanto, individualista. A própria associação da depressão com classes sociais dominantes – *filhinho de papai* – e com o *ser só* evidencia a percepção deste caráter individualista da categoria. Assim, em função da própria necessidade que as mulheres manifestam de afirmar a legitimidade de sua contaminação em relação aos demais doentes de AIDS, a depressão acaba por servir para demarcar as fronteiras, seja entre as próprias mulheres, seja entre classes sociais.

Além disso, o *pensar* excessivamente sobre a AIDS é visto como uma forma de rendição à doença. É atribuir ao evento uma importância superior a que ela possui de fato pois, para as mulheres, a nomeação da doença (diagnóstico) não deveria implicar na modificação de sua condição atual, seja esta física ou social. Assim, *pensar* na doença é criar um estado que até aquele momento só tinha existência concreta através de um diagnóstico médico, que por sua vez é percebido como extremamente abstrato (soropositividade para o HIV, números de CD4 e CD8, carga viral, etc.). Significa, em última instância, produzir a própria doença, tanto no sentido simbólico como no sentido biológico, na medida em que o *pensar* é visto como sendo capaz de produzir efeitos corporais e de *acelerar* a morte.

Por outro lado, a letalidade da doença, apontada pelo discurso médico e psicológico como um dos principais fatores de depressão entre pacientes infectados pelo vírus da AIDS, é percebida pelas mulheres sob o prisma de uma concepção de tempo e de morte bastante particulares. Como já destacamos, em função das próprias condições de existência – exclusão das principais vias de ascensão social, sujeição às variações sociais e econômicas de diferentes ordens – e da impossibilidade concreta de controlar o futuro, o presente é o tempo privilegiado pelos membros dos grupos populares. Assim, na perspectiva das mulheres HIV+, da mesma forma que o passado é irreversível, o futuro é imprevisível. Em outras palavras, como não é possível *voltar atrás* e mudar o estatuto sorológico, não se deve viver no presente o que está previsto para um futuro ainda distante. O presente é tido como o único tempo sobre o qual é possível dispor de algum tipo de controle, de forma a adequar melhor a realidade aos objetivos esperados, tanto em relação à doença (através da adoção de medidas preventivas ou, no caso dos homens, do usufruto da capacidade física até seu esgotamento) como no que se refere às outras situações quotidianas (como, por exemplo, comer bem hoje, comprar algo desejado, etc.). Desse modo, se o futuro é completamente incerto, o presente apresenta uma espécie de "instabilidade controlada" – e aqui a situação de portador assintomático do vírus é emblemática. E é esta possibilidade de interferência no presente, tanto humana quanto divina, que faz com que a previsão e predeterminação do futuro sejam vistas sempre como relativas, jamais absolutas. A gerência do futuro é delegada ao plano divino, ou seja, compete exclusivamente a Deus.

Além do que, preocupar-se com a própria morte é, como já salientamos, uma atitude extremamente individualista e que vai de encontro aos valores dominantes nos grupos populares. A estrutura familiar possui, em geral, a capacidade de responsabilizar-se pelos papéis sociais que alguns de seus membros não conseguem cumprir inteiramente. Os indivíduos, neste sentido, não são insubstituíveis pois é em relação a posição que ocupam nesta estrutura que estes se definem e são definidos socialmente. Se por um lado a morte individual é inevitável, por outro, ela não coloca em questão a própria organização familiar.

Assim, muito mais que uma ameaça ao sentimento de imortalidade individual, a AIDS representa, para estas mulheres, uma ameaça ao *status* social. É este *status* social que necessita ser preservado através do cumprimento dos papéis sociais a ele vinculados (mãe e esposa), o que, por sua vez, implica a não disponibilidade de tempo para *pensar* na doença e na garantia de que alguém se responsabilizará por este papel no caso de sua morte.

REFERÊNCIAS

ABREU, P. (1989). Depressão e Déficit Cognitivo em Pacientes com SIDA-AIDS. Achados preliminares-HCPA. *Revista da Amrigs*, 33 (2):117-122.

AGGLETON, P.(1990). *AIDS: Individual, Cultural and Policy Dimensions*. London: The Falmer Press.

AJCHENBAUM, P. (1992). Défi et déni. *Autrement, L'Homme Contaminé*, 130:131-139.

ARIES, P. (1975). *L'Homme devant la mort*. Paris: Seuil.

ARNT, C. A; ARNT, E. (1992). Depressão em Pacientes com Câncer: Aspectos Psiquiátricos e Tratamento. *Revista HCPA*, 12(1): 46-49.

BALANDIER, G. (1988). *Le Désordre. Eloge du Mouvement*. Paris: Fayard.

BIBEAU, G. (1981). Préalables à une epidémiologie anthropologique de la dépression. *Psychopathologie Africaine,* 27:96-112.

BOLTANSKI, L. (1984). *As Classes Sociais e o Corpo*. Rio de Janeiro: Graal.

BOURDIEU, P. (1993). *La Misère du Monde*. Paris ; Seuil.

CALDWELL, J.; CALDWELL, P.; QUIGGIN, P. (1989). The Social Contex of AIDS in Sub-Saharan Africa. *Population and Developement Review*, 15(2).

CAMARGO JR, K. R. (1992). (Ir)racionalidade Médica: Os Paradoxos da Clínica. *Physis*, II(1):203-228.

CAMPBELL, C. (1990). Women and AIDS. *Social Science and Medicine*,.30(4): 407-415.

CARRIER, J. M. (1989). Sexual Behavior and Spread of AIDS in Mexico. *Medical Anthropology Quarterly*, 10,(2-3).

DA MATTA, R. (1987). A família como valor: considerações não familiares sobre a família à brasileira. In A. Almeida (Org), *Pensando a Família no Brasil: da Colônia à Modernidade*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo.

DANZINGER, R. (1994). The Social Impact of HIV/AIDS in Developing Countries. *Social Science & Medicine*, 39(7).

DOZON, J. P. et FASSIN, D. (1989). Raison épidémiologique et raisons d'Etat: Les enjeux socio-politique du SIDA en Afrique. *Sciences Sociales et Santé*,VII,(1):5-36.

DUARTE, L. F. D. (1986). *Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras*. Rio de Janeiro: Zahar.

DUARTE, L. F. D.; ROPA, D. (1985). Considerações teóricas sobre a questão do "atendimento psicológico" às classes trabalhadoras. In S. Figueira (Org), *Cultura da Psicanálise*. São Paulo: Brasileiense.

DURHAM, E. R. (1973). *A Caminho da Cidade*. São Paulo: Perspectiva.

FABREGA, H. (1974). Problems Implicit in the Cultural and Social Study of Depression. *Psychosomatic Medicine*, 36:377-98.

FARMER, P.(1990). Sending Sickness: Sorcery, Politics, and Changing Concepts of AIDS in Rural Haiti. *Medical Anthropology Quarterly*, 4(1).

FARMER, P. (1992). *AIDS and Accusation. Haiti and the geography of blame*. Berkeley: University of California Press.

FINEBERG, H. (1988). Les dimensions sociales du SIDA,. *Pour la Science*:134.

FONSECA, C. (1988). Alliés et ennemis en famille. *Les Temps Modernes*, 499.

FONSECA, C. (1993). *Crime, Corps, Drame et Humor: Família e Quotidien Dans la Culture Populaire*. Thèse de Doctorat d'Etat, Paris: Université de Nanterre (Mimeo.).

FRANKENBERG, R. (1994). The impact of HIV/AIDS on concepts relating to risk and culture within british community epidemiology: candidates or targets for prevention. *Social Science and Medicine*, 38(10).

GAGNON, J. H. (1989). Disease and desire. *Daedalus*, 118(3).

GOLDSTEIN, D. M. (1994). AIDS and women in Brazil: the emerging problem. *Social Science and Medicine*, 39(7).

GUIMARÃES, C. D. (1996). "Mas eu conheço ele": Um método de Prevenção do HIV/AIDS. In R. Parker e J. Galvão (Org), *Quebrando o Silêncio: Mulheres e AIDS no Brasil*, pp.169-179. Rio de Janeiro: Relume Dumará/Abia/IMS-UERJ.

HENRION, R. (1988). *Les Femmes et le SIDA*. Paris: Flammarion.

HERITIER, F. (1985). *Don et Utilisation de sperme et d'ovocytes mère de substitution:*

Un point de vue fondé sur l'anthropologie sociale. Colóquio "Genétique, Procreation et Droit". Paris (Mimeo.).

KNAUTH, D. R. (1996). *Le Sida chez les Femmes: Maladie et Quotidien dans les Groupes Populaires au Brésil*. Tese de Doutorado, Paris: Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales (Mimeo.).

KLEINMAN, A. (1977). Depression, Somatization, and the "New Transcultural Psychiatry". *Social Sciences and Medicine*, 11:3-9.

KLEINMAN, A.; GOOD, B. (1985). *Culture and Depression: Studies in Anthropology and Cress-cultural Psychiatry of Affect and Disorder*. Berkeley: University of California Press.

LEAL, O. F.; FACHEL, J. (1995). *Body, Sexuality and Reproduction: A Study of Social Representations*. Relatório de Pesquisa para a Organização Mundial de Saúde, Porto Alegre (Mimeo.).

LOYOLA, M. A. (1994). AIDS e prevenção da AIDS no Rio de Janeiro. In: *AIDS e Sexualidade: O ponto de vista das Ciências Humanas*, pp.19-72. Rio de Janeiro: Relume Dumará/IMS-UERJ.

MACEDO, C. C. (1979). *A Reprodução da Desigualdade*. São Paulo: HUCITEC.

MALINAS, Y. et GUY, M. (1989). Le couple - La maternité - Le Sida. In A. Ruffio (Org), *Psychologie du Sida*. Liège: Pierre Margada Ed.

MANSOUR, S. (1993). Les Retentissements Psychologiques de l'Infection a VIH sur l'Enfant et sa Famille. In: *Sida, Enfant, Famille. Les implications de l'infection a VIH pour l'enfant et la famille.* Paris: Centre International de l'Enfance.

PARKER, R. (1994). *A Construção da Solidariedade. AIDS, Sexualidade e Política no Brasil*. São Paulo: Relume-Dumará/ABIA/IMS-UERJ.

PASINI, W. (1989). Sida et Valeurs Sexuelles. In A. Ruffio (Org), *Psychologie du Sida.* Liege: Pierre Margada Ed.

POLLAK, M. (1988). *Les Homosexuels et le Sida. Sociologie d'une épidémie*. Paris: Editions Métailié.

RODRIGUES, A. M. (1978). *Operário, Operária*. São Paulo: Símbolo.

RUFFIO, A.(direc.) (1989). *Psychologie du Sida.* Liege: Pierre Margada Ed.

SALEM, T. (1981). Mulheres faveladas: com vendas nos olhos. *Perspectivas Antropológicas da Mulher*. Rio de Janeiro: Zahar.

SARTI, C. (1996). *A Família como Espelho: Um estudo sobre a moral dos pobres*. Campinas: Autores Associados.

SCHEPER-HUGHES, N. (1992). *Death Without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press.

SINGER, M. (1994). AIDS and the health crisis of the U.S. urban poor; the perspective of critical medical anthropology. *Social Science and Medicine*, 39(7).

THOMAS, L. V. (1991). *La Mort en question. Traces de mort, mort des traces*. Paris: Ed.L'Harmattan.

UCHÔA, E. (1997). Epidemiologia e Antropologia. Contribuiçõoes para uma abordagem dos aspectos transculturais da depressão. In A.M. Canesqui (Org): *Ciências Sociais e Saúde*. São Paulo: Hucitec/Abrasco.

ZALUAR, A. (1984). *A Máquina e a Revolta: As Organizações Populares e o Significado da Pobreza*. São Paulo: Brasiliense.

NOTAS

[1] Ver, entre outros, Caldwell et al., 1989; Campbell, 1990; Carrier, 1989; Danzinger, 1985; Aggleton et al., 1990; Dozon e Fassin, 1989; Farmer, 1994; Fineberg, 1988; Frankenberg, 1994; Gagnon, 1989; Goldstein, 1994; Guimarães, 1996; Loyola, 1994; Parker, 1994; Pollak, 1988; Singer, 1994.

[2] Abreu et al., 1989; Herion, 1988; Malinas e Guy, 1989; Mansour, 1993; Pasini, 1989; Ruffiot, 1989.

[3] O material apresentado aqui é parte de uma pesquisa maior intitulada *AIDS, Reprodução e Sexualidade: Uma abordagem antropológica das mulheres contaminadas pelo vírus da AIDS*, que contou com o apoio financeiro da Fundação MacArthur e da Fundação Carlos Chagas, através do II PRODIR (Programa de Treinamento e Pesquisa sobre Direitos Reprodutivos na América Latina e Caribe). Estes dados foram analisados de forma mais abrangente na minha tese de doutorado, ver Knauth, 1996.

[4] Embora reconhecendo a existência de diferentes escolas dentro da psicologia e da própria psiquiatria, neste trabalho utilizaremos esta denominação geral para referir uma linha de trabalho mais calcada no modelo biomédico e behaviorista, que é a que prevalece na instituição em questão.

[5] Duarte (1986) já demonstrou que não há, entre os membros dos grupos populares, uma concepção psicológica do ser humano. Primeiro, porque esta concepção pressupõe sempre uma percepção individualista da pessoa enquanto que os grupos populares operam com uma concepção holista. Segundo, porque para os membros dos grupos populares há uma relação estreita entre a ordem física e a ordem moral, enquanto que no modelo psicológico predomina a dicotomia físico-mental. A respeito da aplicação da psicoterapia aos grupos populares ver Duarte e Ropa, 1985.

[6] Talvez seja a ausência de uma concepção de "inconsciente" – que orienta a maioria das interpretações psicológicas – que faz com que o diálogo entre as mulheres e os terapeutas se constitua num "diálogo de surdos". Por outro lado, como salienta Boltanski, a falta de um "vocabulário da introspeção e a linguagem das emoções que lhes seria necessária para abrir-se ao médico sobre seus problemas e preocupações mais íntimos" (1984:59) interfere diretamente na relação entre os membros dos grupos populares e a psicoterapia. Para um panorama da perspectiva psicológica da AIDS, ver Mansour, 1993.

[7] Existem diversos "graus" de depressão – leve, modera e severa ou maior – medidos através de diferentes escalas e critérios. Num estudo realizado com pacientes com AIDS na Hospital de

Clínicas de Porto Alegre, foi identificada depressão em 60% dos casos analisados, sendo 40% com depressão leve, 8% com depressão moderada e 12% com depressão severa (Abreu et al. 1989).

[8] É interessante notar que também no discurso psicológico/psiquiátrico a depressão aparece relacionada ao "sentimento de culpa". Ver Abreu et al. 1989e Arnt e Arnt, 1992.

[9] Ver Leal e Fachel, 1995.

[10] Talvez seja a visibilidade que a AIDS traz para a questão da morte através das imagens veiculadas pela mídia de doentes desfigurados, que faz com que a cara da doença corresponda, no imaginário, a própria cara da morte. E neste sentido o caso de Cazuza foi extremamente significativo na medida em que as pessoas puderam acompanhar "em direto", a evolução da doença à morte.

[11] A respeito dos mecanismos de defesa acionados pelos portadores do vírus da AIDS ver Ajchenbaum, 1992.

[12] Para uma análise da violência nas camadas mais desfavorecidas da população brasileira ver, entre outros, Scheper-Hughes, 1992 e Zaluar, 1984. Para uma abordagem mais ampla da questão da exclusão social e da violência nos grandes centros urbanos ver Bourdieu, 1993.

[13] Sobre as medidas preventivas adotadas pelas mulheres HIV+, ver Knauth, 1996.

[14] Neste sentido Pollak (1988) salienta que a AIDS coloca em questão as análises, como a de Ariés (1975), que consideram a morte como o último tabu da modernidade. Segundo este autor, o tabu que pesa sobre a sexualidade permanece nas consciências e não é superado pela concepção de imortalidade.

[15] Existe uma ampla bibliografia que demonstra que a família é um valor axial para a construção da identidade dos membros dos grupos populares no Brasil. Ver, entre outros, Da Matta, 1987; Durham, 1983; Duarte, 1986; Fonseca, 1988; Macedo, 1979; Rodrigues, 1978; Salem, 1981; Sarti, 1996.

DE DOENTE A "ENCANTADO"
O CONCEITO DE MECANISMO DE DEFESA CONSTITUÍDO CULTURALMENTE E A EXPERIÊNCIA DE UMA VÍTIMA DE "ESPÍRITO MAU" EM UMA COMUNIDADE RURAL NA AMAZÔNIA

Mark A. Cravalho

INTRODUÇÃO

O mecanismo de defesa do ego, ou mecanismo psicológico de defesa, é definido como "um processo mental habitual, inconsciente e as vezes patológico que é utilizado para resolver conflitos entre necessidades instintivas [mas também necessidades que são aprendidas e adquiridas], proibições internalizadas e a realidade exterior" (Vaillant 1971). Esse mecanismos são tentativas de evitar pensamentos e emoções dolorosas. A categoria é heterogênea e existem várias taxonomias de defesas; não obstante, são geralmente inconscientes em sua operação e na maior parte funcionam pela manipulação de representações: representações inconscientes são transformadas em defesas e aparecem na consciência sob outras formas (Vaillant 1977, 1993; Fenichel 1945). Todavia, o conceito de mecanismo psicológico de defesa não é patrimônio exclusivo da teoria psicanalítica, uma vez que é elaborado e utilizado de modo diversificado por investigadores de várias orientações teóricas e continua a provar sua utilidade em ambientes clínicos (Conte and Plutchik 1995:ix). A evidência da existência de mecanismos psicológicos de defesa, e a correlação entre defesas específicas em relação a níveis variáveis de integração do ego é forte (Vaillant 1986, 1993). Assim, as defesas têm sido estudadas clinicamente, experimentalmente e naturisticamente.

Em psiquiatria, o interesse em defesas é voltado mais para a possibilidade de avaliar a saúde de pacientes do que examinar as defesas utilizadas (Vaillant 1971, 1986b). Mas na antropologia, o estudo de defesas é talvez de maior valor por iluminar as relações entre sistemas socioculturais e saúde mental e a motivação para a internalização de sistemas de crenças culturais. Por ser essencial para a psicologia psicodinâmica, esse conceito tem sido salientado proeminentemente nas obras dos proponentes da escola *Cultura e Personalidade*, como Devereux, Spiro e DeVos (Devereux 1978, Spiro 1987 [1965], DeVos 1973). Fora dessa tradição, mas talvez, de certo modo, influenciado por ela, o antropólogo médico Kleinman (1980:147-178) utilizou o conceito a que variavelmente se referia como

"*cognitive coping mechanism*", "*culturally constituted cognitive strategy*", e "*culturally constituted cognitive coping mechanism*" em sua discussão de afeto disfórico entre os chineses. Os conceitos de Kleinman acima referidos constituíam o que se chama de "mecanismos de defesas do ego utilizados modalmente" e "*coping mechanisms*"[1]. No entanto a relação entre esses conceitos e "*coping strategies*" (Haan 1977), mecanismos de defesa do ego e mecanismos psicológicos de defesa constituídos culturamente não foi elaborada explicitamente. Esta discussão foi uma primeira pequena contribuição para uma longa linha de pesquisas sobre a somatização entre asiáticos versus a psicologização entre ocidentais. Atualmente o debate se resolveu em favor do reconhecimento de que a somatização aparece proeminentemente também entre os ocidentais (Kawanishi 1992). Recentemente, o conceito de mecanismo psicológico de defesa foi utilizado com bastante sucesso pelo ex-aluno de DeVos, Suárez-Orozco (1990 e 1992), em estudos da adaptação psicológica ao terror político dos refugiados da América Central e sobreviventes da Guerra Suja na Argentina. Foram identificadas a negação e a racionalização como defesas modais entre essas pessoas.

O conceito foi desenvolvido em antropologia para compreender a interação entre defesas e sistemas socioculturais. O conceito de *mecanismo de defesa constituído culturamente* tem raízes fortes em dois ensaios de Freud, em que ele desenvolve uma idéia de cultura como ilusão coletiva (Freud 1927, 1933). O termo "*culturally constituted defense mechanism*" foi cunhado simultaneamente e aparentemente de forma independente por volta de 1960 por Devereux e Spiro (Spiro 1961)[2]. Um mecanismo de defesa constituído culturamente é uma defesa que é "baseada em crenças, práticas, e papéis e outras partes constituentes de sistemas sociocuturais" (Spiro 1972), em vez de idéias e comportamentos idiossincráticos. Esses MDCC reproduzem a estrutura de mecanismos de defesa idiossincráticos, de forma que, por exemplo, haveria um MDCC de projeção paranóica (Spiro 1961, 1987[1965], 1972, 1992).

O que revela esse conceito a respeito das relações entre sistemas sócio-culturais e experiência pessoal? Primeiro, esclarece pelo menos uma parte da proeminência cognitiva que um determinado sistema sócio-cultural poderia ter para determinadas pessoas em determinados momentos. A substância da cultura – isto é, modelos e práticas culturais – não é apreendida uniformemente por membros de uma determinada comunidade; pessoas são motivadas em parte a acreditar e atuar em conformidade com os modelos culturais porque estes as proporcionam possibilidades de defesa contra pensamentos e sentimentos dolorosos. Então, uma parte do recrutamento para determinados papéis (exemplo do monasticismo budista em Burma [Spiro 1987(1965)]), ou a utilização de determinados modelos (como acusações de feitiço [Kluckhohn 1944]) poderiam ser atribuídos a esta conseqüência (psicologicamente) defensiva dos sistemas sócio-culturais. Outra conseqüência dos MDCC, observada por Spiro (1987[1965]), é que eles permi-

tem defesa psicológica contra pensamentos e sentidos que, se fossem gratificados de uma maneira mais idiossincrática, tomariam a forma de sintomas, isto é, de psicopatologia. A utilização de um MDCC (ex., assumir o papel do monge budista em Burma, acusar alguém de feitiço), desta maneira, evita a expressão de psicopatologia, resolvendo o conflito intrapsíquico de uma maneira cultura-sintônica. Spiro afirmou mais audazmente que MDCC "servem para perpetuar o sistema sócio-cultural" (Spiro 1987 [1965]).

Com o declínio geral do interesse em explicações psicodinâmicas na antropologia norte-americana, estudos recentes de MDCC e fenômenos a ele relacionados tornaram-se escassos. Notável é o conceito de Obeyesekere de símbolo pessoal (1981), baseado na idéia de que um símbolo funciona simultaneamente ao nível da cultura e ao nível da pessoa, sendo caracterizado por um certo grau de liberdade de escolha em sua utilização e por uma motivação profunda. O conceito é claramente "parente" do MDCC (Obeyesekere foi orientando de Spiro), mas é menos elaborado. Não obstante, os estudos de caso que Obeyesekere apresenta são demonstrações extraordinárias da motivação profunda de crenças e práticas religiosas. O estudo de Hutchins (1987) de MDCC na mitologia dos Trobriand é uma admirável tentativa de integrar a teoria de esquemas com a teoria psicodinâmica. Kracke (1992:208-211) numa série de estudos de tabus alimentares, mitos e crenças sobre sonhos, indica que seu estudo é influenciado pelo conceito de MDCC, pelo menos com respeito a sua perspectiva sobre mitos e tabus alimentares. Um fenômeno curioso é a utilização não admitida e não examinada – e provavelmente inocente – que certos autores fazem do conceito de MDCC. O conceito de idioma de sofrimento desenvolvido por Nichter (1981) em um artigo freqüentemente citado se superpõe à idéia de MDCC. Tudo isso parece indicar que se trata de um conceito que tem gerado bastante interesse mesmo que esse interesse não seja reconhecido.

No presente artigo, pretendo apresentar um estudo de caso à luz deste conceito de mecanismo de defesa constituído culturamente. O caso não apresenta uma situação ideal para o estudo de MDCC, por razões que serão óbvias, mas, mesmo assim, nos permite considerar o valor do conceito.

UM ESTUDO DE CASO

Entre 1989 e 1991, desenvolvi uma pesquisa etnográfica em antropologia médica e psicológica numa comunidade camponesa no interior do Pará, em uma população de herança mista européia, africana e indígena que pesquisadores chamam de *caboclos* ou *ribeirinhos*. Logo depois da minha chegada, encontrei relatos sobre um homem, já falecido, que chamo aqui de Seu Mauro. Pela primeira vez, eu ouvi o léxico rico do povo da vila sobre entidades invisíveis: Seu Mauro é um "encantado". O espírito dele mora no fundo do lago, e ele não queria ser

curador. No entanto dois curadores da vila têm visões com ele. A maioria dos melhores dados sobre a vida de Seu Mauro vieram da viúva Dona Regina, com quem passei algum tempo obtendo a biografia. Contudo uma filha adulta, Rosilene, também deu um depoimento comovente:

> *Meu pai, né? Desde que ele era criança, desde que ele era criancinha, minha avó diz que às vezes quando era madrugada ele ia embaixo da mangueira. Ai, quando ela percebia ele, ele assobiando, sabe? (...) Ai, ela levou ele para o curador, né, e o curador disse que ele ia ser médio, ele ia curar quando ele ficar grande. Ai, depois ele cresceu e cresceu. Quando ele tinha 18 aí os mestres começaram invocar nele, sabe? Só que ele não acreditava, não. Ele não acreditava. Dizia que ele não ia aceitar isso. Ele não acreditava. Ele morreria, mas não ia ser curador, não. Porque isso não era assim, Deus não aceitava essas coisas, não pertencia a Deus. Depois, ele casou. Ai ele teve todos de nos, todos grandes já. Aí começaram (...) judiar ele. Invocaram no corpo dele (...) Antes que ele morresse, aconteceu num domingo (...) 3 de Julho de 1975. Isso aconteceu aqui na praça, na frente da vila. (...) Uma vez na noite da 3 de Julho, eles começaram invocar nele, sabe? Invocaram nele, entraram nele, muitos espíritos. Aí minha avó disse que não era para eles judiarem o espírito dele não, porque era para eles saírem, que ela sentiria muito se eles levarem ele. Quando era naquele dia, eles disseram que iam levar ele, porque ele não aceitava ser, sabe? Ser curador. Ele não aceitava. Ele não aceitava curar. Aí era aquela noite inteira, era aquela noite inteira que eles invocavam no corpo dele. Quando era manhã eles saíram dele, sabe? Os mestres saíram do corpo dele. Aí, ele pegou – veio embora para casa. Quando ele chegou em casa, ele disse que ia dar uma injeção na casa dum amigo, Miguel, lá no outro lado da vila, lá no fim da cabeceira. Não lembramos dizer a ele que aquilo aconteceu, porque toda vez acontecia, os espíritos invocando nele, nós dizíamos para ele. Naquele dia, parece que nos esquecemos, não dissemos nada para ele. Aí ele pegou a canoa dele, né?. Pegou seu aparelho para dar a injeção, todo o material para dar a injeção. Aí ele saiu para a casa do amigo dele. Quando chegou muito perto, na cabeceira, né, os curadores dizem que ele chegou, eles se representaram para ele ... os mestres. Aí ele ficou mais influenciado pelos mestres que lembrado pela família dele, que quando (...) um menino no outro lado do rio pescando disse: "Lá vai Mauro" (...). Depois, quando olharam, teve só uma canoa girando no rio. Aí foram vê. Quando chegaram lá, a canoa tava vazia, não tinha nada, tinha só álcool e o apare-*

lho e o remo. Aí, no lugar onde tinha caído, as últimas bolhas tavam saindo. Ele tava morrendo. Aí pegaram, tiraram o corpo dele e enterrou ele. Mais ou menos um mês passou, dois meses, né? (...) diz a gente que ... porque eu não acreditava, não, eu nunca acreditava nisso ... mas a gente disse que ele invocou nos corpos de outros, e que ele (o espírito dele) vinha. Ele disse que ele tava arrependido, porque (...) devia ser curador. Devia ter curado porque esse dom ele trouxe de nascença. Desde que ele era criança ele trouxe esse dom, então, não aceitava porque ele disse que não pertencia a Deus, que Deus não gostava essas coisas. Aí, por isso, ele morreu deste mundo mas não aceitava ser curador. Mas depois seis meses passaram, um curador disse para minha mãe que ele era encantado e estava no encante, ele era uma cobra muito grande. Ele era encantado na Boca do Calderão, que ele (...) tinha caído no encante. Aí, ele era encantado, não morreu de doença nenhuma.[3]

Eventualmente eu trabalhei com Dona Regina para obter uma biografia detalhada de Seu Mauro. Conforme ela, Mauro "chorava no ventre da mãe" quando esta estava grávida dele. A mãe procurou um curador para saber porque a criança estava chorando em seu ventre. A resposta que obteve do curador é que todo médium (o termo local é *médio*) de nascença chora no ventre da mãe. (Outra versão deste evento, contada por ela depois a mim, era que a mãe de Mauro o levou para um curador quando ele estava doente. O curador disse que ele ia ser médium. Sua mãe perguntou como ele sabia, e ele respondeu perguntando se a criança tinha chorado no ventre. Ela confirmou, e então o curador disse que isso significava que ele ia ser médium.)

Mauro nasceu num lugar perto do sítio de minha pesquisa e foi batizado como católico. Com dois anos, conta Dona Regina, ele já assobiava na rede e com cinco ou seis anos fazia o mesmo embaixo de uma árvore – obviamente o comportamento a que Rosilene se referiu em seu relato. Uma vez, aos cinco anos, enquanto assobiava em sua rede, Mauro ficou "*duro, teso, estirado*"[4]. Mais tarde, já adulto, disse para sua esposa que tinha o problema de ser médium desde pequeno, e que quando estava assobiando embaixo da árvore ele "não estava dentro de seu sentido" – uma frase comumente utilizada para descrever um estado de dissociação. Ele era o único médium em sua família, que incluiu um irmão mais jovem e uma irmã que morreu no parto.

Os pais de Mauro se sapararam quando ele tinha nove anos. Este foi morar na casa paterna, mas Dona Regina disse que seu pai "não ficava em casa". O pai sofria de "*filaria*" – tinha pernas e pés enormes –, mesmo assim construiu uma casa para eles dois, ele e Mauro. Quando este fez 15, entretanto, a casa caiu, e Mauro saiu para morar com a mãe e irmãos[5].

Foi mais ou menos nessa época – com 15 ou 16 anos – que os "mestres" começaram a encostar nele, mas Mauro, com essa idade, não podia "agüentar"[6]. Contudo, ao 18 ou 19 anos, ele incorporava bem os "mestres".

Os pais de Mauro se consideravam católicos. A vida espiritual de Mauro, entretanto, era bem mais complexa. Quando já tinha mais de 20 anos, ele cortou todas as imagens de santos de sua mãe, jogando-as no mato e na água, fugindo de casa – sem mesmo tomar benção da mãe – para freqüentar a Assembléia de Deus, uma igreja atualmente bastante comum na Amazônia. Mauro retornou à casa duas semanas depois. Chorou, pediu desculpas, tomou a bênção e, oito dias depois, voltou a assistir a missa católica.

Ele e Dona Regina se casaram – ela com 20 anos, ele com 22 – numa cerimônia católica na capela da Vila. Contudo, um mês depois, retornou à Assembléia de Deus. Foi membro por um ano. Abandonou novamente esse culto para reingressar um ano depois, desta vez com a esposa. Lá permaneceram por um ano e então saíram. Três meses depois, entraram de novo – por uma semana apenas. Uma vez, estando bêbado, assistiu a um casamento protestante (ao contar esse evento Dona Regina sugeriu que Mauro não sabia o que tinha bebido) e, quando voltou para casa, "destruiu o que encontrou pela frente". Os "crentes" começaram a não mais aceitá-lo devido a bebida. Mauro nunca foi batizado na Assembléia pelo Espírito Santo e nunca falou outras línguas. Sempre vacilou entre freqüentar o catolicismo e o protestantismo. Esteve vinculado à Assembléia de Deus por três vezes depois de casado. Embora freqüentando esse culto, Mauro viajou para Belém em companhia de um bispo (católico). Estava doente, anêmico, com muita tosse e febre. Em Belém, participou de um curso para ser catequista. Passou um ano e meio nessa cidade, não querendo voltar para a Vila. Conforme Dona Regina, "Mauro acostumou com Belém" e "não lembrava mais a família". Mais uma vez abandona o catolicismo e retorna à Assembléia de Deus. Voltando à Vila, torna-se outra vez católico e permanece nessa igreja servindo como catequista. Ele conhecia a bíblia muito bem e é lembrado por muitos moradores pelas suas interpretações hábeis.

Rosilene ao comentar os períodos em que o pai freqüentava o protestantismo, observa:

> *Quando ele era protestante, ele era assim ... ele tinha muita reza, rezava muito. Ai o Inimigo (Satanás) não tinha porque judiar o corpo dele, né? Porque ele – a pessoa que tem fé im Deus, que tem fé, eu acho, não tem nada pra ser dominado, porque Deus ... o diabo tem poder mas Deus tem mais poder que ele ... porque eu digo assim, para mim esses curadores – eu sei que é um dom que Deus deu – tem alguma coisa diabólica do Inimigo. Como é que essas pessoas curam? Aí é isso que ele não acreditava. Ele disse que ele não acreditava, não. Não queria*

ser curador porque não pertencia a Deus, pertencia ao Inimigo. Mas eu acredito que ele disse isso porque ele era um homem muito católico, era muito religioso. Ele estudou muito no seminário, ele era muito católico, sabe? Ele era muito bom com pessoas (...) ele gostava de ajudar pessoas sem cobrar. Quando ele morreu muita gente estava triste, porque ele era uma pessoa boa.

A carreira religiosa de Mauro era apenas um aspecto de sua vida. Mauro sofria de uma doença conhecida na região como *mal-de-gota*. Esta aflição causava ataques em que ele tremia, espumava e se urinava. Ficava fraco após os ataques, que aconteciam duas ou três vezes por mês, às vezes duas vezes numa mesma noite, principalmente quando ele não dormia bem. Para Dona Regina, os ataques só ocorriam quando a lua estava forte, e ele não estava incorporado. Ela mencionou que uma vez Mauro chegou em casa chorando porque tinha sofrido um ataque de *mal-de-gota* e tinha caído na água. Dissera que Deus o salvara, pois a parte superior do corpo ficou na canoa enquanto a inferior tinha ficado na água. Dona Regina conta também que Mauro, antes de ir a Belém, tomou remédio por três meses (*Específico 33*), três vezes ao dia, receitado por Seu Roberto, o principal curador da Vila. Mas ele não melhorou com esse medicamento.

O remédio *Específico 33* – Glóbulos Compostos Homeopáticos de Dr. Humphrey Específico Nº 33 –, conforme a bula, é "indicado em estados espasmódicos e convulsivos". Suas indicações são "epilepsia (espasmos ou convulsões)"[7]. Um médico em Belém tinha dito a Mauro que ele sofria de ataques de "*pelipezia*" (epilepsia) e que não existia remédio para essa doença. Além do mais, esse mesmo médico também observou que a vida de Mauro corria perigo, pois se caísse na água não teria condições de escapar.

Esse não foi o único presságio do que vinha. Dona Regina acha que os ataques do marido ocorriam devido aos mestres judiarem dele, não ao *mal-de-gota*, uma vez que os remédios não funcionavam. Ele não sofreu destes ataques na noite antes de sua morte – ele estava apenas incorporado.

Talvez o problema de que Mauro mais sofria era seu *corpo aberto*. Esse termo denota alguém que poderia receber espíritos, ficar possuído, ou por ataque ou por rituais de mediunidade. Dona Regina disse que ele nunca curou ninguém, nem ensinou um remédio (esta frase se refere à prática dos curadores do local de diagnosticar um paciente e receitar um conjunto de remédios – populares, farmacêuticos, ou os dois). De fato, Mauro achava que os *mestres* o matariam se ele não aceitasse ser curador. Ele sempre dizia que iria morrer por não aceitar. Dizia isso quando estava, ou não, possuído (no caso de estar possuído, a declaração seria proveniente dos mestres que tomaram conta do seu corpo). Seu Mauro ficava possuído mais ou menos três ou quatro vezes por mês, dia ou noite, mas geralmente à noite e mais quando estava bebendo. Ficou possuído todas as vezes em

que bebeu, fato não raro. Todos os mestres que invocavam nele quando ele bebia também invocavam quando não estava bebendo. Todos eles não queriam que ele bebesse. Em suas épocas de protestante, não bebia e também não sofria de possessão.

Dona Regina pôde dar relatos bem detalhados de alguns de seus episódios de possessão. Geralmente, os espíritos, que o chamavam de "minha arve", apareciam como entidades distintas que falavam e mostravam comportamento distinto quando estavam nele (ex., a violência de Tabajara), mas isso não sempre era o caso. Eu apresento mais sobre sua experiência de possessão abaixo.

Um de seus mestres, João Cobra Guimarães, avisava que Mauro estava em perigo, que ele ia morrer. Uma filha de Mauro e Regina morreu, e ele contou que iria morrer depois dela. Segundo o certificado de óbito de Mauro, ele morreu com 37 anos. Regina me disse que a alma dele agora fica no encante, na Boca do Caldeirão. Ele é uma cobra. As almas dos mediuns sempré vão para o encante quando a pessoa morre; todas suas almas se transformam em cobras.

DISCUSSÃO

Porque Seu Mauro tinha *corpo aberto*? Se não concordamos com o ponto de vista da família de que ele foi morto pelos espíritos que judiavam dele, como então ele morreu? Por que ele se convertia ora ao protestantismo e ora ao catolicismo no decorrer de sua vida? Seu Mauro não está mais presente para que nós possamos entrevistá-lo sobre suas aflições e crises, mas ele é realmente tão imortal quanto um homem poderia ser, tendo evadido a segunda morte de que Goethe escreveu – a morte que acontece "quando os que nos amavam e nos lembram morrerem por sua vez" (Pollock 1972:10). Seu Mauro claramente influenciou as vidas de muitas pessoas enquanto viveu e assim será até após a sua morte, uma vez que com certeza histórias continuarão a ser contadas a seu respeito, mesmo após a morte também daqueles que lhe eram mais importantes.

Seu Mauro literalmente tornou-se uma lenda. Em minha tentativa de apreender a vida por trás – ou dentro – da lenda a partir das entrevistas com aqueles que o conheciam mais intimamente, encontrei não uma história de vida como alguém poderia apreender no decorrer de uma série de entrevistas clínicas, senão uma lenda de um tipo diferente, uma narrativa que é produto de algum tipo de "*legend-work*" (trabalho de lenda) pelos seus íntimos, uma biografia formada pelos desejos daqueles a quem ele afetou profundamente, para quem sua vida e morte foram eventos associados com o amor, hostilidade e aparentemente alguma culpa. Enquanto esse testemunho às vezes frustra, não há escolha senão enfrentá-lo se quisermos entender o sentido da vida e morte de Seu Mauro.

Como Bilu (1985a , 1985b) mostrou, a pátina do tempo não é sempre uma barreira impenetrável para os que querem iluminar as relações entre sistemas

socioculturais e experiência pessoal, tal qual expressas numa vida transcorrida no passado remoto. O testemunho da família de Seu Mauro é pelo menos sugestivo.

Seu Mauro obviamente sofreu durante uma parte grande de sua vida. Seus conflitos não o incapacitavam completamente, afinal ele foi um dos fundadores da comunidade, um líder religioso, um comerciante, marido e pai, mas não necessariamente obteve tanto sucesso nessas atividades como os outros da comunidade. Começo por considerar os temas da biografia de Seu Mauro que acho serem especialmente indicativos quanto aos conflitos em sua vida psíquica e que prometem iluminar o motivo pelo qual ele sofria de corpo aberto e morreu da maneira que morreu.

Examinando a vida de Seu Mauro, fica-se impressionado com o número de vezes que ele fugiu, mesmo quando se considera que os moradores da região muitas vezes são muito móveis. Ele fugiu de sua mãe – e do catolicismo – quando era jovem; alternou catolicismo e protestantismo durante toda sua vida; largou tarde sua família em sua vida, quando morava em Belém. Sua vida familiar parece um pouco diferente da vida do povo da região porque os pais se separaram, aparentemente de vez, cedo em sua vida. Não temos detalhes a respeito de como eles se separaram. Sua antipatia ao uso de imagens de santos por sua mãe é fácil de apreciar porque isso é considerado idolatria pelos membros da Assembléia de Deus e é um dos principais objetos de contenda entre os protestantes e católicos nesta parte do país, provocando muita incerteza entre os católicos. Mas a violência da sua resposta – a destruição das imagens – parece extraordinária. Essa primeira fuga era em relação a sua mãe ou a fé dela? Será que a rejeição da doutrina está estreitamente associada a uma rejeição da autoridade dos que a possuem, especialmente os pais do rebelde? Mauro rejeitou o catolicismo muitas vezes e retornou a ele muitas vezes, da mesma forma como eventualmente voltou para sua mãe (o que claramente correspondia a sua volta à doutrina) e para sua família (que também correspondeu à volta ao catolicismo). Quando se casou, o que ele fez logo depois de voltar à sua mãe, quase se converteu de novo para o protestantismo. Além disso sabemos somente que ele se preocupava sobre qual religião era correta, uma inquietação bastante comum entre outros na região, relacionada ao assunto do como será o destino dos homens no além.

Será que ele desejava morrer, queria seu encontro com o além? Talvez fosse essa a sua última fuga. Isso se sugere especialmente por sua profecia – enquanto incorporando João Cobra Guimarães – na noite anterior à sua morte. É muito curiosa a participação da mãe de Seu Mauro em tudo isso. Segundo um dos relatos, o mestre disse a ela, na noite anterior à morte de Mauro, que seu filho iria morrer porque ela não "ligava" para ele, e se ela quisesse evitar sua morte não deveria deixar que ele fosse para o porto da casa (isto é, o local, pertencendo à casa, na beira do lago). De que forma ela não ligava para seu filho? Isso se referia só a esse evento ou tratava-se de um padrão no relacionamento?

Há sugestões de hostilidade de Mauro com sua mãe além de sua violência contra às imagens religiosas dela. Quando ele estava incorporado por Mestre Viajante, chamava a mãe e o irmão de ladrões. A mãe queria que ele se tornasse curador. A resolução de não ser curador parece ter sido um ponto de tensão central na vida de Seu Mauro. A sua família acreditava que ele poderia ter evitado a morte se tivesse decidido seguir a carreira de curador.

Esse padrão de fuga se encaixa bem numa categoria mais geral: a dissociação. Dissociação, segundo Vaillant (1977:385), é uma "modificação temporária, mas drástica, do caráter de uma pessoa ou do sentido de identidade pessoal para evitar sofrimento emocional". Ele inclui fugas e "o uso *agudo* de 'alegria' religiosa ou de intoxicação farmacêutica para entorpecer a tristeza"[8]. Essa é umas das defesas que Vaillant considera "neurótica", uma categoria associada a um nível mais alto de integração do ego, a segunda mais saudável das categorias de defesas. Mauro parece dissociado na primeira anedota contada ao seu respeito, da infância e da hora da morte, quando ele parecia para alguns ter estado embriagado, enquanto estaria incorporado, no entender da maioria. A dissociação tomava pelo menos três formas: dissociação devido a uma desordem neurológica; dissociação no beber; e dissociação em possessão. Claramente, no caso de desordem neurológica, não estamos falando duma defesa, mas em um padrão. É obvio que as categorias locais não correspondem às minhas, mas como eu, Dona Regina acha que essas formas estão relacionadas. Eu discuto essas formas *in seriatim*.

EPILEPSIA?

Na biografia de Mauro, há sugestões de que ele sofria de algum tipo de desordem neurológica, talvez epilepsia. Nós devemos tomar com ponto de partida os sinais que indicavam que Mauro sofria de *mal-de-gota*, pois, como observou Câmara Cascudo (1972: 546), o termo *mal-de-gota* denota epilepsia. Ressalte-se que quando Mauro estava em Belém, o médico diagnosticou epilepsia. Bem, o *mal-de-gota* se caracterizava por ataques com tremor, espumar e urinar, seguido por moleza; os ataques aconteciam duas ou três vezes por mês, às vezes duas vezes na mesma noite. Acontecia quando ele não dormia bem e somente quando ele não estava possuído. Em um episódio, ele caiu na água e quase se afogou – evidentemente uma perda de consciência. (Não deve surpreender-nos o fato de que a lua seja considerada causa de *mal-de-gota.* Epilepsia se associa com as fases da lua em etnomedicina desde tempos antigos, dando origem ao termo "lunático" [Temkin 1971:92-96]).

Não obstante, um número de outras condições descritas em sua biografia são suspeitas, mas não eram interpretadas como *mal-de-gota*, senão como manifestações de seu *corpo aberto*. Com cinco ou seis anos, ele tinha episódios em que era

duro e dissociado, assobiando numa rede. Quando adulto, foi descrito um momento em que ele seguiu repetindo palavras a si mesmo e não respondeu quando foi chamado, além de episódios de amnésia. Qual tipo de desordem neurológica poderia ter tido? Os ataques de *mal-de-gota* parecem convulsões epilépticas do tipo *grand mal*, enquanto os episódios de amnésia paracem convulsões epilépticas do tipo *petit mal*. Esses dois sintomas são sintomas "estreitamente relacionados" de epilepsia primária generalizada (Masland 1982:14-15). Talvez esses episódios de dissociação acompanhados pela rigidez corporal de quando ele era criança fossem também "seizures" *grand mal*. A instância em que ele repetiu umas palavras também poderia ser uma instância de *petit mal*. Masland relata que "morte acidental – afogamento – suicídio" constituem 24% das "causas de morte de pessoas com epilepsia vistas em clínicas de hospitais e clínicas de médicos"; a taxa de suicídio é alta (1982:18). Talvez não nos deva surpreender que "fatores genéticos são especialmente proeminentes" em epilepsias primárias generalizadas (Masland 1982:9). O pai de Seu Mauro foi uma das poucas pessoas que morreram no lago em tempos recentes. Ele morreu quando foi coletar água. Isso é quase inconcebível como acidente. Acho provável que ele tinha morrido afogado quando acometido por uma convulsão epiléptica.

Associações entre epilepsia e possessão têm sido observadas há bastante tempo. Em 1921, Oesterreich criticou o etnólogo Frobenius, que observou a possessão entre os bori (África Central) e concluiu que era "um tipo de estado epiléptico" (Frobenius 1912:133-135, citado em Oesterreich 1921). Oesterreich argumentou, contra isso, que enquanto era possível que uma parte dos estados possessivos fossem realmente epilépticos, deveríamos "presumir que ataques epilépticos serviram como modelo para os estados autosugestivos, e que esses últimos são imitações deles" (Oesterreich 1974 [1921]:136). Eliade concluiu que "a única diferença entre um xamã e um epiléptico é que este último não pode deliberadamente entrar em transe" (1964 [1951]:24). Ele cita várias instâncias em que o xamanismo se associa à epilepsia: "o xamã niue é epiléptico ou extremamente nervoso e vem de determinadas famílias em que a instabilidade nervosa é hereditária"; "em Samoa, epilépticos se tornam advinhos"; "nas Ilhas Andaman epilépticos se consideram grandes mágicos" (Eliade 1964 [1951]:27). Eliade, pressagiando o trabalho de investigadores que viriam depois dele, argumentou que o xamã é aquele que superou sua doença, "que conseguiu se curar" (1964 [1951]:27):

> *"Sempre tem uma cura, um controle, um equilíbrio efetuado pela prática mesma de xamanismo. Não é devido ao fato de que ele é sujeito dos ataques epilépticos que o xamã esquimó ou indonesiano, por exemplo, deve seu poder e prestígio; é ao fato de que ele pode controlar sua epilepsia". Os xamãs, por toda sua semelhança aos epilépticos e histé-*

ricos, mostram prova de uma constituição nervosa mais que normal" (Eliade 1964 [1951]:29).

Mais recentemente, num estudo dos "cultos de cargo" da Melanésia, Schwartz cunhou o termo patomimese (*pathomimesis*) para denotar o comportamento possuído dentro dessas seitas, comportamento que ele argumenta se modelar sobre o comportamento patogênico. Esse comportamento inclui "convulsões ["*convulsive seizures*"], tremores e outros movimentos aberrantes" (Schwartz 1976:184). A posição de Schwartz ecoa o argumento de Oesterreich:

> "*Para os melanesianos, e possivelmente para todas as culturas tradicionais, o patogênico e o patomimético são ligados como recíprocos. Um comportamento patogênico como a convulsão acontece ocasionalmente, talvez como resultado de epilepsia ou malaria cerebral. Os sintomas são inerentemente assustadores e dramáticos. As convulsões patogênicas são interpretadas em termos de possessão. Em outras circunstâncias, uma pessoa (ou grupo) precisando acreditar que está possuído ou vítima de um fantasma manifestará convulsões patomiméticas dum tipo que são aceitos por este grupo enquanto validando sua asserção de possessão. Mostrar tais sintomas poderia marcar uma asserção para prestígio na seita, na comunidade, ou como um objeto de terapia, dependendo na situação... [Esta patomimese] é um tipo de conluio entre o ator e audiência, com uma inconsciência submergida ou premeditada deste conluio nos dois lados. [Estas sintomas são] sinais com auxílio mágico.*" (Schwartz 1976:185).

Wedenoja (1990:287) também aponta a possível natureza patomimética da possessão, e nota mais que "seizures podem ter efeitos duráveis na personalidade, e uma síndrome comportamental interictal de hipossexualidade, agressividade, e um interesse intenso em assuntos morais e religiosos foi identificado" (Cf. Csordas 1994, Good 1994, especialmente Cap.6). Alguns traços desta síndrome parecem corresponder a traços da biografia de Mauro, isto é, o "interesse intenso com assuntos morais e religiosos". Naturalmente, para Seu Mauro patomimese podia ser ainda mais fácil, desde que ele mesmo vivenciou a dissociação das convulsões epilépticas, e em algumas instâncias a relação era de identidade, não de mimese, para os seizures mesmos identificados como sinais de perseguição por espíritos.

OS DEMÔNIOS NA GARRAFA

Outra maneira em que Mauro ficava dissociado era em seu beber, que aparentemente o afligiu por uma parte grande de sua vida. Seu beber era tão estreita-

mente associado aos seus episódios de possessão que é impossível dizer alguma coisa substancial acerca de seu comportamento embriagado quando não estava possuído. Dona Regina disse que tinha episódios em que ele estava possuído, mas não estava bêbado. Sua vida se alternava em períodos em que era católico, bebia e tinha episódios de possessão; e períodos em que era protestante, não bebia e estava livre de possessão. Um traço enigmático do relato de Dona Regina é que, apesar do fato de Seu Mauro ter escolhido uma denominação pentecostal, a Assembléia de Deus, em que há rituais dissociativos, ela disse que ele não foi batizado pelo Espírito Santo e não falava em outras línguas. Talvez ele tivesse vivenciado dissociação ao orar sem alcançar as formas mais extremas de dissociação oferecidas por esta denominação.

Há um número de relações que poderiam ter existido entre essas três variáveis de associação religiosa, a possessão e o beber na vida de Seu Mauro. O obscuro é quais são os meios e quais são os fins. Primeiro, o protestantismo talvez além de favorecer um motivo para hostilidades frente à sua mãe, pudesse oferecer um meio de adaptação frente ao seu costume de beber, que a seita não permitia, e frente a sua possessão, por lhe proporcionar uma doutrina que afirma salvação e superioridade em relação à doutrina católica. Além disso, e em associação com esses episódios, poderia ter lhe proporcionado uma forma alternativa de dissociação.

O HOMEM E SEUS DEMÔNIOS PÚBLICOS

Seu Mauro já manifestava os sinais de alguém com *corpo aberto* desde ainda muito jovem – até antes do nascimento – mas, a partir de nossa perspectiva, esses sinais ocorridos na infância parecem sintomas de epilepsia. Estamos curiosos por saber se adquiriu na infância o papel de alguém que tem *corpo aberto.* Isso é de interesse porque a experiência e manifestações exteriores de possessão durante a fase adulta podem ter recebido algum ímpeto da aquisição do papel na infância. Este ímpeto poderia ter tomado a forma de sugestão; ele antecipou a perseguição por espíritos e talvez interpretou estímulos de seu ambiente e de seus estados internos, que de outro modo eram ambíguos, como sinais de perseguição por espíritos. Esta sugestão e a dissociação que aparentemente resultou da desordem neurológica representam duas causas temporãs para o começo dos episódios plenos de possessão. O poder da sugestão é bastante forte pelo que sabemos dos efeitos placebos e nocivos (isto é, os efeitos negativos de sugestão) (Frank e Frank 1991:132-153, Hahn e Kleinman 1983) e da chamada "morte voodoo" (Cannon 1979[1942]).

Como discuti acima, a carreira dos curadores da região segue o mesmo padrão encontrado em outras partes do mundo, ainda que a carreira de Seu Mauro como vítima de corpo aberto pareça, em alguns aspectos, estranha ao padrão

geral. Seu Mauro, como expliquei várias vezes, não aceitava ser curador. Ele não cumpriu um papel que, como argumentei, parece funcionar – com eficácia – como um mecanismo de defesa constituído culturamente. Se Seu Mauro tivesse aceitado tal papel, teria pelo menos a possibilidade de gratificação de seu conflito ou conflitos intrapsíquicos duma maneira que beneficiaria a comunidade, além dele mesmo.

Não obstante, a aflição de Seu Mauro tomou um caminho estranho. Seus sintomas – seu comportamento possuído – parecem ser diferentes do comportamento de outras vítimas de possessão por espírito mau. Esses sintomas seriam talvez melhor avaliados se os considerássemos segundo os critérios de disforia e disfunção, as medidas principais de doença mental. Mas o que é mais impressionante com respeito à aflição de Seu Mauro é, paradoxalmente, o quanto estreitamente seu comportamento aparece associado ao papel de curador. Primeiro, Dona Regina mencionou que, com 15 ou 16 anos, os mestres começaram a encostar nele, mas só com 18 ou 19 ele passou a incorporar bem – ele podia agüentar os mestres porque já era grande [9]. Isso sugere claramente a fase de preparação e ajustamento pela qual médiuns em vários ambientes, inclusive o ambiente em que Mauro nasceu, têm que passar de seu estado de aflição a um estado em que eles podem desempenhar o papel do médium. Obviamente no caso de Mauro houve uma fase de desenvolvimento rumo ao papel de xamã, em que ele adquire uma dimensão importante do comportamento associado a este papel. Se em algum sentido ele ficou mais competente no papel de médium, mesmo que este papel não fosse desejado, então talvez a disforia e a disfunção que ele provavelmente vivenciava quando possuído, tivessem sido diminuídas. Isso parece ser o caso de médiuns em outras partes (ex., Obeyesekere 1981).

Segundo, nem todos os mestres que possuíam Seu Mauro eram maus: Tabajara é um de uma classe de espíritos, os *exuns,* num terreiro de Umbanda na cidade, e ele é concebido – complexamente – como benevolente, servindo para o bem dos mortais. Mariana é uma entidade benevolente neste terreiro como em terreiros de outras partes – de fato, a Rainha de Umbanda. Mais importante, João Cobra Guimarães é uma entidade benevolente tanto no panteão de Seu Mauro como no xamanismo da região em geral. De fato, ele é bastante proeminente na prática do curador que eu mais estudei na Vila.

Finalmente, um terceiro traço da possessão de Seu Mauro poderia se distinguir do padrão mais típico de possessão como aflição pertence à estrutura dos episódios mesmos de possessão. Sessões mediúnicas entre os camponeses da Amazônia, como em todo lugar, são obviamente rituais, eventos que são marcados em tempo e espaço para os distinguir da vida ordinária. Esses marcos de delimitação também se distinguem de episódios de doença. Os episódios de possessão de Seu Mauro claramente não são rituais, mas eles parecem mais delimitados e predizíveis que a plena loucura caótica que parece mais típica para os epi-

sódios de possessão negativa: acontecem geralmente de noite e sempre depois que ele bebia. Ele tinha uma platéia, pelo menos às vezes. Sua família tinha o costume de lhe informar acerca dos episódios no dia seguinte.

Apesar desses desvios de comportamento, típicos de alguém sofrendo de possessão por espíritos maus, ele, no final das contas, se conformava a esse modelo, pois da perspectiva dos moradores da Vila, foi morto pelos mestres por não ter cumprido o papel do curador – como foi predito. Os desvios da carreira prototípica me sugerem que Seu Mauro, em vez de estar fixo na fase mais inicial da doença, tinha alcançado uma fase intermediária em que algum tipo de acomodação a sua doença tinha sido conseguido. Isso é mais aparente quando alguém considera as conseqüências da possessão.

Quais são as conseqüências pessoais e sociais de seu *corpo aberto*? Primeiro, é claro que os espíritos malignos tinham conseqüências sociais negativas, na medida que ele ocasionalmente atuou violentamente para com pessoas e coisas em seu meio. Isso constitui uma diminuição (pelo menos temporária) de sua capacidade de atuar na comunidade. Em termos de conseqüências pessoais, se esse comportamento permitisse alguma gratificação de motivos inconscientes (por exemplo, um motivo hostil para com sua mãe), então acarretaria em algum benefício primário para ele, mesmo que não acompanhado por conseqüências sociais negativas. Segundo, sua possessão por João Cobra Guimarães e outras entidades benevolentes parece não ter tido conseqüências negativas nem sociais nem pessoais. Além disso, poderia ser argumentado que sua possessão pelos espíritos benevolentes, e, talvez, em alguma medida, pelos malignos tinha algumas conseqüências sociais positivas para ele. Especificamente, proporcionou à sua comunidade uma visão do invisível, o mundo do além que tem tantas conseqüências cotidianas para os moradores dessa comunidade. Seu Mauro contribuiu aos modelos de sua comunidade com respeito à vida após a morte e às entidades invisíveis que habitam o universo. Sua experiência particular foi transformada em narrativas acerca da natureza do sobrenatural que ainda estão em circulação: sua carreira de possessão proporciona instâncias dos modelos do mundo sobrenatural, algumas das quais podem ser experimentadas diretamente por aqueles que estão presentes nas sessões mediúnicas dos curadores locais ou por participação em rituais de um terreiro de Umbanda na cidade. Um incidente deste tipo foi descrito num ambiente muito diferente por McHugh (1992): ela conta como a perseguição de uma excêntrica mulher gurung por um bicho maligno da floresta ativou um conceito previamente dormente dessa entidade.

Uma abordagem com respeito à interpretação dos sintomas de Seu Mauro é sugerida por Bourgignon (1989), que compara e contrasta possessão de espíritos com desordem de personalidade múltipla, através de dois estudos de caso. Enquanto Bourguignon encontra vários contrastes entre esta desordem e a possessão, McHugh observa que nos dois estudos de caso "seus alteres aparecem em

resposta ao estresse sentido e dá expressão a ele" (1989:380). A possessão se mostrou como um dos modos principais por meio dos qual símbolos operam simultaneamente nos níveis pessoal e cultural no estudo de Obeyesekere sobre ascéticos em Sri Lanka (1981); lá se mostra bem que possessão gratifica motivos inconscientes[10].

Mas quais motivos a possessão por Tabajara, Mestre Viajante e Mariana pode ter gratificado? Foi quando estava possuído por Mestre Viajante que Mauro chamou sua mãe e seu irmão de ladrões; estava expressando hostilidade em relação a eles. No entanto, ele também se machucou por se bater quando estava possuído por Mestre Viajante. Só podemos imaginar o que poderia ter sido a fonte da raiva voltada contra si mesmo. O fato de que há evidências sugerindo que Mauro poderia ter tirado sua própria vida dá algum suporte a essa inferência. Dona Regina disse que, quando ele estava possuído por Mestre Viajante, ficava "tipo louco", sugerindo que seu comportamento quando possuído por outras entidades poderia ter parecido relativamente desprovido de sofrimento – isto é, como as possessões normais de médiuns. Suas descrições dos espíritos que enumerou dão suporte a esta inferência: Dona Regina disse que João Cobra Guimarães gostava de Mauro, e ela não o citou entre os espíritos que perseguiam seu marido. A exceção está na possessão por Tabajara e Mestre Viajante; pelo menos alguns desses episódios eram claramente bastante violentos. Dona Regina disse que Tabajara perseguia Mauro somente – e sempre – quando ele bebia, e que ele o perseguia *porque* Mauro bebia. Por quê essa associação? É curioso que, mesmo identificando a presença dessa entidade violenta quando estava bêbado, Seu Mauro não deixa de se considerar o agente de seu beber, em vez de projetar seu motivo sobre um alter (isto é, atribuindo a agência de seu beber para outro). Talvez Tabajara expressasse a frustração de Mauro com respeito a seu problema com o álcool – um tipo de eu punitivo. De maneira interessante, era Tabajara que perseguia a tia de Mauro quando ela o visitava. Ele a chamava de "macumbeira". À luz de seu desgosto por curadores, essa agressão para com a tia quando possuído parece ser uma expressão de sua hostilidade frente aos curadores em geral. Os protestantes detestam tanto curandeirismo como bebidas alcoólicas. Talvez Tabajara constituísse uma representação de algum tipo de "superego protestante", um crítico projetado de suas tendências para catolicismo. Com respeito à Mariana, só podemos conjeturar sobre porque Mauro teria feito esta identificação. Em Umbanda (Pressel 1977:359, citada em Bourguignon 1989:379; veja também Fry 1985) se observa um número de instâncias de homens com algum conflito sobre orientação sexual que são possuídos por entidades femininas, mas no caso de Mauro não temos evidência nenhuma a esse respeito. Mariana, como a mãe de Mauro, queria que ele se tornasse curador. Seria Mariana algum tipo de sedutora como as sereias e botas que enchem o ambiente comportamental, ou uma representação de sua mãe, ou talvez as duas?

O mestre que, era padre, é especialmente interessante. Nunca ouvi falar de um xamã ou umbandista da região que recebesse tal espírito. Talvez fosse exclusivo de Seu Mauro. Sua possessão pelo padre parece um exemplo transparente da gratificação de um desejo, pois Mauro foi conhecido pelo seu domínio da bíblia e tinha freqüentado o seminário em Belém. Mas por quem ou para que ele rezava quando era possuído pelo padre?

CONCLUSÃO

É necessário concluir essa interpretação contemplativa da experiência possessiva de Mauro observando que, apesar do fato de ele jamais ter aceito o papel de curador em sua comunidade, permanecendo no papel do doente, de alguém apenas sofrendo de corpo aberto, parece que sua possessão teve algumas conseqüências sociais positivas, além de benefícios em termos de defesa do ego. Parece que Mauro estava preso a uma fase de transição entre a possessão como sintoma e a possessão como comportamento associado ao papel social do curador, ou seja, entre dissociação como defesa idiossincrática – os episódios não eram completamente "domesticados", estando em conformidade com o comportamento próprio do papel – e dissociação como mecanismo de defesa constituído culturamente, em conformidade com as normas do papel. Por isso, o valor do caso se vê na complexidade que revela nas relações entre sistemas socioculturais e saúde mental.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Maria Salete Nery (pesquisadora do ECSAS) pelo trabalho de revisão da tradução do presente artigo.

REFERÊNCIAS

BILU, Y. (1985). The Woman Who Wanted To Be Her Father: A Case Analysis of Dybbuk Possession in a Hasidic Community. *The Journal of Psychoanalytic Anthropology* 8: 11-27.

BOURGUIGNON, E. (1989). Multiple Personality, Possession Trance, and the Psychic Unity of Mankind. *Ethos* 17(3): 371-384.

CÂMARA CASCUDO, L. (1972). *Dicionário de Folclore Brasileiro.* Rio de Janeiro: Editora Tecnoprint SA.

CANNON, W. B. (1979[1942]). "Voodoo" Death. In W. A. Lessa & E. Z. Vogt (Eds.), *Reader in Comparative Religion: An Anthropological Approach* (pp. 367-373). New York: Harper and Row.

CONTE, H. R., & PLUTCHIK, R. (1995). Introduction. In H. R. Conte & R. Plutchik (Eds.), *Ego Defenses: Theory and Measurement*. New York: John Wiley and Sons, Inc.

CSORDAS, T. J. (1994). Words from the Holy People: a case study in cultural phenomenology. In T. J. Csordas (Ed.), *Embodiment and Experience: The Existential Ground of Culture and Self*. Cambridge: Cambridge University Press.

DEVEPEUX, G. (1980). Normal vs. Abnormal: The Key Problem of Psychiatric Anthropology. In G. Devereux, *Basic Problems of Ethnopsychiatry*. Chicago: University of Chicago Press.

DEVOS, G. (1973). *Socialization for Achievement: Essays on the Cultural Psychology of the Japanese*. Berkeley: University of California Press.

ELIADE, M. (1964). *Shamanism: Archaic Techniques of Ecstasy* (W.R. Trask, Trans.). Princeton University Press.

FENICHEL (1945). *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. New York: W.W. Norton and Co., Inc.

FRANK, J. D., & FRANK, J. B. (1991). *Persuasion and Healing: A Comparative Study of Psychotherapy* (Third ed.). Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

FREUD, S. (1927). *The Future of an Illusion*. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press.

FREUD, S. (1933). *Civilization and Its Discontents*. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. London: Hogarth Press.

FROBENIUS, L. (1912). *Und Afrika sprach*. Berlin

FRY, P. (1985). Male Homosexuality and Spirit Possession in Brazil. *Journal of Homosexuality* 11(3/4): 137-153.

GOOD, B. (1994). *Medicine, Rationality, and Experience: An Anthropological Perspective*. Cambridge: Cambridge University Press.

HAAN, N. (1977). *Coping and Defending: Processes of Self-Environment Organization*. New York: Academic Press.

HAHN, R. A., & KLEINMAN, A. (1983). Belief as Pathogen, Belief as Medicine: "Voodoo Death" and the "Placebo Phenomenon" in Anthropology. *Medical Anthropology Quarterly* 14(4): 3, 16-19.

HUTCHINS, E. (1987). Myth and Experience in the Trobriand Islands. In D. Holland & N. Quinn (Eds.), *Cultural Models in Language and Thought*. New York: Cambridge University Press.

KAWANISHI, Y. (1992). Somatization of Asians: An Artifact of Western Medicalization? *Transcultural Psychiatric Research Review* 29: 5-36.

KLEINMAN, A. (1980). *Patients and Healers in the Context of Culture*. Berkeley: University of California Press.

KLUCKHOHN, C. (1944). *Navaho Witchcraft*. Cambridge, Massachusetts: Papers of the Peabody Museum, Harvard University.

KRACKE, W. H. (1994). Reflections on the Savage Self: Introspection, Empathy, and Anthropology. In M. Suárez-Orozco, G. Spindler, & L. Spindler (Eds.), *The Making of Psychological Anthropology II*. Fort Worth, Texas: Harcourt Brace and Co.

MASLAND, R. L. (1982). The Nature of Epilepsy. In H. Sands (Eds.), *Epilepsy: A Handbook for the Mental Health Professional*. New York: Brunner/Mazel, Publishers.

MCHUGH, E. L. (1989). Concepts of the Person among the Gurungs of Nepal. *American Ethnologist* 16: 75-86.

NICHTER, M. (1981). Idioms of Distress: Alternatives in the Expression of Psychosocial Distress: A Case Study from South India. *Culture, Medicine and Psychiatry* 5(4): 379-408.

OBEYESEKERE, G. (1981). *Medusa's Hair: An Essay on Personal Symbols and Religious Experience*. Chicago: The University of Chicago Press.

OESTERREICH, T. K. (1974[1921]). *Possession and Exorcism Among Primitive Races, in Antiquity, the Middle Ages, and Modern Times*. New York: Causeway Books.

POLLOCK, G. H. (1972). On Mourning and Anniversaries: The Relationship of Culturally Constituted Defense Systems to Intra-Psychic Adaptive Processes. *Israel Annals of Psychiatry* 10: 9-39.

SPIRO, M. E. (1965). Religious Systems as Culturally Constituted Defense Mechanisms. In M. E. Spiro (Eds.), *Context and Meaning in Cultural Anthropology*. New York: The Free Press.

SPIRO, M. E. (1972). An Overview and a Suggested Reorientation. In F. L. K. Hsu (Eds.), *Psychological Anthropology*. Cambridge, MA: Schenkman Publishing Co., Inc.

SPIRO, M. E. (1992a). The "Primary Process" Revisited. In D. H. Spain (Eds.), *Psychoanalytic Anthropology After Freud*. New York: Psyche Press.

SPIRO, M. E. (1992b). *Cultural Ideology and Psychological Reality: An Essay in Cultural Reproduction*. Dissertação de Mestrado (MS) não publicada.

SPIRO, M. E. (1993). Tropes, Defenses, and Unconscious Mental Representation: Some Critical Reflections on the "Primary Process". *Psychoanalysis and Contemporary Thought* 16(2): 155-196.

SUÁREZ-OROZCO, M. (1990). Speaking of the Unspeakable: Toward a Psychosocial Understanding of Responses to Terror. *Ethos* 18(3): 353-383.

SUÁREZ-OROZCO, M. (1994). Doing Psychological Anthropology at the *Fin de Siècle*.

In M. Suárez-Orozco, G. Spindler, & L. Spindler (Eds.), *The Making of Psychological Anthropology II*. Fort Worth, Texas: Harcourt Brace and Co.

TEMKIN, O. (1971). *The Falling Sickness: A History of Epilepsy from the Greeks to the Beginnings of Modern Neurology*. Baltimore: Johns Hopkins Press.

VAILLANT, G. E. (1971). Theoretical Hierarchy of Adaptive Ego Mechanisms. *Archives of General Psychiatry* 24: 107-118.

VAILLANT, G. E. (1977). *Adaptation to Life*. Boston: Little, Brown and Co.

VAILLANT, G. E. (Ed.). (1986). *Empirical Assessment of Ego Mechanisms of Defense*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.

VAILLANT, G. E. (Ed.). (1992). *Ego Mechanisms of Defense*. Washington, D.C.: APA Press.

VAILLANT, G. E. (1993). *The Wisdom of the Ego*. Boston: Harvard University Press.

WEDENOJA, W. (1990). Ritual Trance and Catharsis: A Psychological and Evolutionary Perspective. In D. K. Jordan & M. J. Swartz (Eds.), *Personality and the Cultural Construction of Society*. Tuscaloosa: The University of Alabama Press.

NOTAS

[1] Talvez Kleinman simplesmente estivesse tentando apresentar um argumento psicodinâmico para uma audiência pouco simpática a argumentos mais explicitamente psicodinâmicos.

[2] Spiro, comunicação no seminário "Anthropology and Psychoanalysis", primavera, 1987, Universidade da California, San Diego.

[3] Esse texto, como as demais citações de Rosilene, provém de uma tradução para o inglês de um texto original em português. Ao escrever a versão atual, não tive acesso ao texto original. Tentei, na medida do possível, captar a linguagem do original, que era essencialmente a transcrição de uma entrevista gravada, com parênteses indicando anulações. Rosilene examinou o texto comigo e revisou várias partes breves que eram ininteligíveis.

[4] Em um relato, Dona Regina disse que, quando ele tinha mais ou menos cinco ou seis anos, ele assobiava como um curador assobia (*"subiava de curador"*). Rosilene usava o termo *hino de curador* para essa música. Nenhuma explicação para seu uso foi oferecida, apesar de minhas perguntas. Tampouco observei o uso deste comportamento entre os especialistas de medicina popular na região, nem ouvi outra referência com respeito isto.

[5] Não foi explicado porque isso aconteceu.

[6] Eu interpreto que isso quer dizer que os episódios de possessão eram ainda negativos (Cf. Maués 1988).

[7] Uma farmacêutica na sede do município me disse que esse remédio se usa para *mal*, e é receitado mais por curandeiros e por praticantes de Umbanda. *Mal*, ela explicou, acontece quando uma pessoa vai da água fria para a água morna, ou está fazendo farinha de mandioca e então vai para a água. O corpo fica torto e a perna dói. A pessoa fica paralítica. A mesma farmacêutica me disse

que *mal-de-gota* é quando soluços não param, o que acontece às vezes quando a pessoa está com frio.

[8] A meu ver, não é adequado incluir um fenômeno religioso aqui, porque isso seria um MDCC e, por isso, exige um outro modo de avaliar as conseqüências para saúde.

[9] O significado disso é que alguém precisa possuir força suficiente – talvez força física – ou maturidade, ou as duas, para receber espíritos. A idéia de que a possessão pode ser vivenciada como fisicamente onerosa, me foi apresentada durante trabalho que desenvolvi em um terreiro de Umbanda perto da Vila.

[10] Bourgignon não utiliza os conceitos de defesa constituída culturamente ou de símbolo pessoal em seu tratamento deste tema.

IDENTIDADE FEMININA E NERVOSO: CRISES E TRAJETÓRIAS

Maria Gabriela Hita

INTRODUÇÃO

Inserido em uma perspectiva da sociologia da saúde e antropologia médica, o presente artigo procura discutir algumas experiências potencialmente fragilizadoras à saúde mental, na trajetória de vida de mulheres pobres. O artigo trata do sentido fragilizador de experiências, práticas, eventos e contexto na vida de 14 mulheres auto-referidas como "nervosas", em uma comunidade urbana de baixa renda na cidade de Salvador.

Este artigo se diferencia da abordagem epidemiológica sobre "fatores sociais de risco à saúde mental" (teórica e metodologicamente), mantendo entretanto uma constante interlocução com esta perspectiva. Parte do pressuposto de que explorar as relações entre cultura e sociedade, por um lado, e saúde mental, por outro, não é simplesmente identificar fatores estressores no meio social. Pelo contrário, requer a compreensão de uma interação complexa de experiências que se desenvolvem ao longo de uma trajetória de vida. Assim, aqui se procura enfatizar o "processo" através do qual os indivíduos dão sentido e respondem às condições externas do meio social. Os conceitos de "experiência" e "processo" são centrais nesta abordagem[1]. A opção pelo termo "*experiência fragilizadora*", (em vez de fator de risco) reflete o intuito de compreender não apenas condições sociais "externas", objetivas, mas também os modos específicos pelos quais os indivíduos se situam frente a situações, conferindo-lhes sentido. A idéia de *"processo de fragilização"* põe em evidência o transcurso temporal, ou seja, a trajetória de vida a partir do qual os indivíduos desenvolvem modos próprios de lidar com e interpretar as situações.

"Processo de fragilização" remete, na análise da qualidade de eventos, à presença de um "eu" (*self*) que vivencia, age sobre e confere sentido ao mundo. Esse "eu" é constituído na experiência. Uma coisa é explicar os fatos objetivos ou eventos externos à consciência; outra, é compreender a forma como estes ganham significado e são incorporados à vida. Isso não significa dizer que essas

entidades sejam totalmente independentemente pois, uma e outra podem estar ligadas entre si formando uma única referência, tanto pessoal como social (Hita e Alves, 1995).

Uma análise sócio-antropológica de eventos quando construída a partir de quem as vivencia, pressupõe uma compreensão não apenas das características pessoais e subjetivas dos indivíduos, mas também do contexto, da situação social em que se encontra esse *self*. Sendo construído pela complexa interação social com o "outro", o indivíduo partilha, reflete e (re)constrói conjuntamente uma série de pressupostos, objetivações, modelos explicativos e padrões de comportamento que constituem os componentes essenciais da sua vida quotidiana. Essas categorias sociais são elaboradas intersubjetivamente e é através delas que os indivíduos desenvolvem determinadas experiências, estabelecem campos de significação e adquirem um senso de sua própria identidade.

Abordar o tema da constituição, manutenção e/ou mudança da identidade remete, portanto, à noção do *self* e seu estar no mundo. O *self* é uma entidade reflexa, cuja formação entranha uma dialética entre a auto-identificação e a identificação que é feita pelos outros, entre o objetivamente atribuído e o que é subjetivamente assumido pela internalização (nas socializações primária e secundária da sociedade)[2]. É pela internalização que a subjetividade do outro me é acessível objetivamente e me é significativa, compreendo os processos subjetivos momentâneos do outro quando os torno meus. Isso pressupõe que compartilhamos definições de situações e as definimos reciprocamente (assumimos o mundo e o recriamos). Quando tal não acontece fala-se de problemas ou conflitos de identidade (Berger e Luckmann, 1983)

Identidade – aqui tomada enquanto profundamente ligada a e sustentada pela manutenção de rotinas – e conflito de identidade – crise, exigência de mudança ou adaptação – são caras de uma mesma moeda, duas formas possíveis de manutenção da realidade social: a de rotina e a de crise. A primeira forma está destinada, a manter a realidade internalizada da vida cotidiana pelo desempenho normal de papéis e rotinas esperadas (o que constitui a essência da institucionalização). Na segunda, a lida com o rotineiro passa a se apresentar como problemas de diversos tipos[3]. O setor não problemático da realidade da vida cotidiana continua sendo-o somente até novo aviso, até que sua continuidade não seja interrompida pela aparição de um problema. Quando isto ocorre, haverá um esforço do sujeito para integrar o setor problemático dentro do que já não é problemático; do contrário estará enfrentando uma nova realidade que transcende aos limites do seu conhecimento, propiciando o surgimento do que a psicanálise denomina de conflitos ou crises de identidade.

O conflito pode ser definido como a coexistência de condutas (motivações) contraditórias, incompatíveis entre si. Tanto pode funcionar como um elemento propulsor do desenvolvimento do indivíduo, como pode chegar a constituir uma

situação paralisadora e neste caso, introduz-se a idéia de crise. Frente a um conflito, o indivíduo pode reagir afirmativamente: existe a possibilidade de que adote um movimento de auto-contenção, isto é, que venha a se inserir de forma ativa e crítica frente ao equilíbrio anterior. Trata-se de um processo de reorganização psíquica em que as contradições vividas são enfrentadas, o que levaria a uma situação de reflexão e juízo crítico por parte do indivíduo (Burin, 1987). A partir dessa idéia podemos dizer que o que caracteriza a vida de pessoas tidas como "normais" não é a ausência de conflitos, senão a possibilidade de os resolver, o saber lidar com eles (Bleger, 1963).

Na mesma direção apontada por Burin, Kaes (1977) define as crises como um ato de suspensão da identidade, uma ruptura dos sentimentos de si, da continuidade e mesmidade que constituem a subjetividade. A idéia de crise refere-se mais diretamente a um movimento de entrega e rendição frente ao problema (conflito), induz à concepção de fragilização, de situação de quebra do equilíbrio anterior, de sentimentos de padecimento. Trata-se de um momento carregado de sofrimento, onde a sensação prevalescente é a de pena, dor e perda. Em outros termos, uma etapa depressiva, um momento de vulnerabilidade na constituição da subjetividade que exige medidas externas ao indivíduo para a sua contenção[4]. A crise é manifestação extrema e explícita do conflito (agravamento); o conflito, pelo contrário, pode se manter latente, desapercebido.

Para a mulher parecem haver situações problemáticas que são peculiares a seu gênero, indicando formas específicas de ruptura, tipos de conflitos que podem transformar-se em dadas situações em crises. Segundo algumas correntes haveriam formas específicas de "adoecimento" das mulheres que estão vinculadas a sua própria situação de gênero.

DOENÇA MENTAL E GÊNERO FEMININO

Abordagens epidemiológicas sobre a doença mental tem apontado que as mulheres sofrem mais do que os homens dos chamados distúrbios afetivos e neuroses (Weissman & Klerman, 1977; Freden Iars, 1982 apud Burin, 1987; Sartoris & Rapella, 1985 apud Burin, 1987; Miles, 1988)[5]. Em torno desta afirmação existe um complexo e interminável debate.

Uma das vertentes do debate busca comprovar a validade da associação entre gênero e saúde/doença mental apoiando-se em dois argumentos básicos, por vezes apresentados como opostos na causação do fenômeno. Uns frisam susceptibilidades de ordem biológica específicas ao gênero feminino, apontando para a relação entre o campo da saúde reprodutiva (tensão pré-menstrual, uso de anticoncepcionais, distúrbios do pós-parto, menopausa etc.) e a doença mental. Outros chamam a atenção para fatores sociais: o papel da mulher na sociedade – caracterizado por posição subordinada, status desvantajoso, falta de poder, maior

dependência (e menor auto-estima) – levando a que as mulheres vivenciem os eventos de forma distinta dos homens, sendo mais suscetíveis ao stress que estes (Weissman & Klerman,1977; Miles, 1988).

Outra vertente procura debilitar a força da associação identificada entre gênero e saúde/doença mental em desordens psico-afetivas. Alguns estudos sustentam que os dados das pesquisas que apontam para esta associação estariam superestimados – e que seus resultados são portanto artificiais – uma vez que, comparadas aos homens, as mulheres têm maior número de sintomas (são mais perceptivas no que toca às suas emoções), têm maior consciência dos danos, tendem a reportá-los mais facilmente e buscam mais tratamento, o que não é o mesmo que afirmar que sofrem mais do mesmo mal (Freden Iars, 1982; Sartoris & Rapella, 1985[6]).

Dentre as desordens psico-afetivas destaca-se, sem dúvida, a depressão. Ela é um dos problemas mentais mais diagnosticado no século XX e até muito recentemente é pensado como o principal problema feminino (Russel, 1995). Parece ter capturado o lugar ocupado pela histeria no imaginário do sec. XIX. No seu debate surge a polêmica sobre sua base biológica ou socialmente induzida[7]. Alguns estudos recentes igualmente questionam a maior associação estatística deste tipo de problemas ao gênero feminino. Três estudos recentes sobre a depressão entre homens e mulheres nos EUA, Suécia, Alemanha, Canadá e Nova Zelândia apontam uma maior aproximação desta diferenciação sexual tão frisada em estudos epidemiológicos tradicionais. Explicações factiveis da atual proximidade estatística de índices de depressão em ambos sexos se apóiam em argumentos como o da crescente participação da mulher na força de trabalho e sobre o conjunto de mudanças comportamentais das mulheres modernas em direção a uma maior individuação e autonomia, em suma a sua nova maneira de inserir-se no mundo em relação a modelos passados (J.M. Murphy,1986; Klerman *et al.*,1989; Joice *et al.*,1990[8]). Estes novos achados questionam a idéia que associa depressão a um problema de natureza inerentemente feminina. De um ponto de vista sociológico é completamente questionável o tipo de tese que sustenta a idéia da existência de uma debilidade psiquiátrica inerente a mulher em relação ao homem. A corrente médica, por sua vez, procura recuperar terreno perdido através da invenção de "novos problemas" femininos, mais atrelados ao campo biológico, como os fenômenos descobertos neste século, da síndrome pré-menstrual, a qual parece estar substituindo o lugar antes pertencente à histeria e depressão.

Independentemente da discussão sobre a causação e/ou diminuição dos diferenciais sexuais da depressão ou desordens psico-afetivas tidas como tipicamente femininas, tem-se encontrado achados interessantes tanto na psiquiatria quanto na sociologia da saúde sobre a relação do gênero com a saúde mental. Estes achados apontam na direção da identificação de um conjunto de circunstâncias e situações mais ou menos gerais à condição da mulher ao longo da história, que

buscam elucidar os contextos e situações específicas enfrentadas pela mulher por pertencer ao gênero feminino. Tratam-se de situações que se de um lado começam a mudar, por outro, continuam sendo vigentes para grandes contingentes de mulheres que vivem em um contexto marcado pela presença concomitante de novos e velhos modelos de ser mulher.

Os estudos de Brown & Harris (1970) encontraram que a vulnerabilidade à depressão nas mulheres está relacionada com a presença dos seguintes processos: perda da mãe antes dos 11 anos de idade, presença em casa de 3 ou mais crianças com menos de 14 anos, ausência de relação confidencial, principalmente com o marido e perda do trabalho (tempo parcial ou completo). A literatura especializada aponta que mulheres casadas, integralmente donas de casa, são mais vulneráveis à doença mental e propensas à insatisfação e sentimentos depressivos (Oakley, 1974; Rosenberg, 1984, Graham, 1984, Miles, 1988). A frustração da rotinização e o caráter interminável das tarefas, a ausência de regras, a invisibilidade e falta de reconhecimento destas atividades, e a pesada responsabilidade pela saúde e bem estar geral da família, combinados com a propensão ao isolamento, incrementam sintomas de ansiedade e depressão. Esta situação piora no caso de mães com filhos pequenos que têm maior dificuldade de se inserir em trabalhos extra domésticos e que sofrem maiores pressões para enfrentar (Burin, 1987; Miles, 1988).

Tem sido igualmente apontado que o trabalho remunerado funciona como um importante protetor contra desordens psicológicas (Brown e Harris, 1978; Cooperstock e Lennard, 1979; Sharpe, 1984[9]). Entretanto, as mulheres que trabalham fora de casa, e minimizam o problema do isolamento, podem sofrer por sua vez, pelo excesso de trabalho devido à sobrecarga resultante da conhecida dupla jornada de trabalho, já que normalmente é a mulher que continua assumindo a maior parte das tarefas domésticas. Fator agravante é a presença da violência doméstica tão marcante na nossa cultura com ainda fortes marcas patriarcais e que tem mais drástica incidência nos setores populares.

Igualmente, outros aspectos insatisfatórios da vida das mulheres diagnosticados como deprimidas foram encontrados por Agnes Miles. Resultados de suas pesquisas na Inglaterra com mulheres neuróticas assinalam que entre os principais processos de "fragilização" das mulheres se destacam por ordem de maior intensidade: casamentos insatisfatórios, ações passadas (ou traumas), mudanças hormonais (ou problemas de ordem reprodutivo), relações familiares insatisfatórias (família de origem), eventos vitais adversos ou dificuldades severas como cuidado de parentes doentes ou velhos e padecimento de doenças físicas crônicas. Também apareceram manifestados problemas de infância e no trabalho assalariado dos pacientes (Miles, 1988).

De forma relativamente consensual entre os estudos psicanalíticos também se aponta para a forte manifestação de uma série de crises nas mulheres (espe-

cialmente as de classe média) de forma bastante sistemática e geral, principalmente quando atingem a meia-idade. Este, parece ser um período especialmente fragilizante na mulher. Na maturidade ela teria maior probabilidade de entrar em crise, principalmente, no que concerne a concepção que tem de si mesma ligada, às multideterminações que até então sustentavam a sua identidade. Trata-se de um sentimento de perda da juventude, da capacidade de procriar, do papel materno a medida que os filhos vão deixando o lar e do papel de esposa quando o companheiro morre ou a abandona. Os desejos e relações amorosas também podem mudar durante ou após uma crise. Algumas mulheres passariam a questionar seus desejos originais para com seus cônjuges, o que poderia conduzi-las a considerar os vínculos de amor como experiência dolorosa que procurariam evitar. Outras, pelo contrário, encontrariam na criação de novos vínculos de amor a possibilidade de superar velhos conflitos. Trata-se, em suma, de situações que podem ser vivenciados com maior ou menor dificuldade a depender do sujeito e sua trajetória de vida específica.

Até aqui se inseriram algumas das mais importantes variáveis quando se fala de crise de identidade do sexo feminino: aquelas em torno à centralidade das experiências maternais, de esposa e atividades domésticas, assim como os efeitos nefastos de uma maior exclusão feminina do âmbito público, entre outras. Estas experiências próprias do gênero feminino, tão direta e historicamente atreladas a formas de ser mulher, parecem confluir de forma mais sistemática e concentrada em períodos de crises identitárias.

Contudo, estes modos de ser mulher assumem significações e particularidades distintas em contextos sociais, históricos e culturais específicos. Como entender estas categorias tão gerais quando aplicadas a mulheres de classe trabalhadora urbana de uma cidade nordestina do Brasil? O que de fato e de que modo específico fragiliza e debilita a "saúde mental" de mulheres pobres baianas e quais os significados por elas atribuídos a estes processos?

As reflexões de teor psicanalítico sobre questões relacionadas ao gênero, na maioria das vezes associadas a estudos da classe media, nos parecem interessantes, contudo insuficientes e em grande medida até inadequadas para compreender a realidade de mulheres de classe trabalhadora. Uma leitura de teor antropológico, entretanto, permite uma melhor elucidação das particularidades e significados específicos de cada contexto social.

A seguir analisamos alguns elementos marcantes na trajetória de vida de quatorze mulheres de classe trabalhadora de Salvador que se auto-referem como nervosas. A análise visa contribuir para uma identificação de elementos estruturais dessas trajetórias bem como para uma compreensão dos significados de que se revestem para as mulheres[10].

Um elemento a se considerar na análise das histórias de vida é o fato de que a narrativa e re-interpretação do passado elaborada pelos indivíduos é sem-

pre influenciada pelo ponto de vista que assumem no presente. As vezes é mais fácil inventar coisas que nunca aconteceram que omitir as que aconteceram na realidade, como forma de harmonizar o passado que se recorda com o que se re-interpreta. A nova realidade se torna mais dominante e plausível que a anterior. Pode ser muito sincero adotar tal procedimento: subjetivamente não se está contando mentiras com respeito ao passado, senão alinhando-o com a verdade que se vive no presente e que, por força, deve abarcar tanto o presente como o passado.

Um conjunto de experiências comuns são compartilhadas por estas mulheres (aspectos objetivos ou estruturais de sua infância) e são re-elaborados desde uma narrativa situada no seu agora, desde um "eu" espacial e temporal que é definido pelos outros e por si mesmo como "pessoa nervosa". Sem identificar estes aspectos objetivos ou estruturais (eventos) como causas ou predisponentes a desordem mental (um debate complicado de enfrentar neste artigo), é interessante apresentá-los sucintamente com vistas a complementar o perfil da amostra a analisar.

Antes porém, é importante fazer um rápido esclarecimento sobre o que a pesquisa denominou uma "pessoa nervosa". A categoria de "nervoso" é uma categoria êmica que, entretanto, parece apresentar uma interface importante com os chamados problemas "psico-afetivos" da psiquiatria. É possível que algumas das mulheres consideradas "nervosas" na pesquisa fossem enquadradas por psiquiatras como sofrendo de problemas psico-afetivos. Não utilizamos os diagnósticos psiquiátricos para sua definição ou identificação, mas a auto-identificação do sujeito como pessoa sofredora de problemas de "nervoso". Nos interessava sua própria avaliação e sentimentos, e como estes estariam confluindo na interpretação e significação que as mulheres dão às suas vidas, angústias e vivências específicas, principalmente aquelas mais difíceis ou associadas aos momentos de maior crise.

Em pesquisa realizada em bairro popular de Salvador, Rabelo procurou sintetizar os múltiplos significados do nervoso: "*Nas narrativas produzidas por informantes do bairro sobre o nervoso ressalta seu caráter polissêmico. O termo abarca um conjunto complexo de signos e está associado a diversas situações e contextos causais. A grosso modo os signos relativos ao nervoso compõem três nódulos básicos. O primeiro reúne signos de agressividade e violência: o nervoso é descrito como um estado em que as pessoas facilmente apelam para agressão, seja física ou verbal. Maridos que batem em suas mulheres ou pais que espancam seus filhos por qualquer motivo, gente que percebe provocação onde não existe e parte logo para briga ante a mínima provocação. São pessoas que se alteram com facilidade, xingam, gritam e batem, criando verdadeiras cenas tanto no domínio da casa quanto no espaço público da rua. Um segundo nódulo, bastante relacionado ao primeiro, abarca os signos de agitação e impaciência:*

descreve pessoas avexadas ou agoniadas, que se mostram insatisfeitas e/ou excessivamente preocupadas frente a problemas do cotidiano, a quem falta um pouco de tranquilidade e/ou jogo de cintura para levar a vida. A este nódulo estão ligados certos signos corporais como andar de um lado para o outro, se tremer todo(a), dar risada demais. Por fim o terceiro nódulo aponta para signos de tristeza e isolamento: são pessoas que choram demais e por qualquer razão, se trancam em suas casas e evitam contato com outros. Ligando estes três eixos está o tema do descontrole, associado à ideia de fraqueza dos nervos" (Rabelo, 1997: 34)[11].

PERFIL DAS NERVOSAS

Das 14 mulheres "nervosas", 11 delas tinham mais de 30 anos (a maioria acima de 40) conformando uma amostra de mulheres predominantemente em fase madura de suas vidas, com filhos adultos ou ao menos adolescentes e criados. Somente 2 tinham menos de 30 e apenas 2 estavam com filhos pequenos. A grande maioria, como o própria corte geracional sugere, tem mais de 4 filhos, chegando algumas a ter 8, 9 e 10 filhos. Quando foi realizada a entrevista, 9 delas estavam unidas (das quais 5 já estavam em segundas e terceiras relações de conjugalidade). As outras 5 estavam separadas, das quais 2 tinham passado por mais de uma união. Em outros termos, estes dados apontam a marcada presença da instabilidade conjugal pois 10 das 14 mulheres vivenciaram a experiência da separação. Destas mulheres separadas, 3 tiveram somente 1 união (2 separadas recentemente e 1 que nunca mais voltou a juntar-se a outro homem). As outras 7 que experimentaram separação, passaram por mais de uma união, superando em alguma medida, a fase crítica anterior.

Uma característica marcante encontrada na trajetória das mulheres "nervosas" em relação as "não nervosas"[12] é um maior número de separações e formação de novas uniões. Outro elemento específico a este grupo de mulheres são as constantes queixas de sofrerem algum tipo de doença. Também as diferencia a vivência da "adoção" na infância de uma forma traumática e negativa (6 das 14). Entre as não nervosas que passaram pela adoção, esta não foi interpretada como um processo fragilizador.

Nem tudo é diferente entre as mulheres que se consideram "nervosas" e as que não. Há uma série de situações adversas (cuidado de doenças crônicas e mortes de entes queridos, fatalidades, etc.), problemas de convivência conjugal, infidelidade do companheiro e separações, entre outras, que são avaliadas como problemáticas em ambos contingentes. O que as distingue nestas situações é o grau de gravidade atribuído à situação, sempre mais acentuado entre as "nervosas", isso é, maior proporção delas, em relação às "não nervosas" vivenciou o momento como problemático.

EVENTOS ADVERSOS

Nos relatos da nossa amostra de mulheres "nervosas", a maioria (9 de 14) referiu sofrer do problema desde a infância, mas a descrição das crises que elas identificaram como sendo as primeiras em suas vidas, via de regra, não coincidem com este período referenciado[13]. Todas as entrevistadas declararam de forma mais ou menos acentuada terem sofrido uma forte restrição econômica e carências de ordem afetivo na primeira infância, experiências de miséria extrema sem ter o que comer, uma precoce inserção no mundo do trabalho (a maioria antes dos 8 anos de idade) sendo responsáveis pelo sustento de suas famílias de origem. O desconforto frente a insatisfação de necessidades emocionais é igualmente marcante. Sentimentos de rejeição, solidão e abandono são reincidentes em distintos relatos sobre o padecimento de situações dolorosas como casos de violência psíquica, física e até sexual e pelas marcas deixadas por uma adoção mal sucedida.

A maioria das mulheres (9) explicitou ter sido vítima de violência física na infância, pancadarias que, predominantemente partiam dos pais e eram dirigidas também as suas próprias mães e irmãos, principalmente após bebedeiras. Curioso é observar que 8 destas mesmas 9 vítimas, na vida adulta tiveram um contato muito próximo com a violência via o envolvimento de marido/filho/neto com crimes associados a drogas, assaltos e pequenos furtos. Algumas tiveram familiares assassinados pela polícia ou outros inimigos no bairro.

O estupro, nem sempre situado no período de infância, é outro evento fortemente fragilizador presente em 4 dos relatos. Duas mulheres foram abusadas sexualmente por seus patrões: em um dos casos o ato sexual não se consumou; o outro conduziu a uma gravidez adolescente. Outra foi vítima de abuso por parte do seu futuro marido quando pretendia romper o namoro e com certa cumplicidade materna. A quarta sofreu muito com a experiência de 2 estupros na família, o de uma neta de 2 anos e posteriormente, o de uma filha de 14. Estes momentos foram identificados como de eclosão de crise nervosa em alguns dos casos.

Nas entrelinhas destas narrativas predominam sentimentos de abandono e rejeição vivenciados predominantemente na infância. Para 6 das entrevistadas a adoção configurou uma situação em que, enviadas para casa de parentes ou outras famílias, via de regra, foram integradas para trabalhar como domésticas. As queixas de maltrato infantil são mais agudas nestes casos. Se à vivência da adoção for adicionada a de separação ou morte de um dos pais durante a infância, encontramos que 10 das 14 entrevistadas sentiram algum tipo de sensação de abandono e rejeição.

Nesta seção descreveu-se de forma suscinta e estrutural algumas experiências comuns no período infantil e de juventude destas mulheres "nervosas" que parecem estar influindo de alguma maneira no processo de eclosão do problema,

posteriormente identificado como de "nervoso". Ao presente artigo entretanto, interessa especialmente destacar e analisar em maior detalhe aspectos da vida afetiva, sexual e familiar adulta, o convívio com parceiros e filhos, que são momentos vitais mais explicitamente atrelados à manifestação do nervoso.

PARCEIROS, AFETOS E SEXO

Um traço marcante nos relatos destas mulheres, a maioria entre 40 e 60 anos de idade, refere-se à falta de uma adequada educação sexual na infância (a descoberta atônita do aparecimento da regra menstrual totalmente desconhecida por muitas, a falta de informação sobre relações sexuais, o tabu de partilhar tais temas com os pais, etc.) e é significativo o número daquelas que engravidaram entre os 12 e 13 anos de idade e tiveram o primeiro filho antes dos 14. A gravidez adolescente associada à reação dos parentes, geralmente de rejeição, maltrato e até expulsão no primeiro momento foi associado em alguns casos ao inicio do problema de nervoso. Vejamos alguns exemplos nas narrativas sobre o início da vida sexual:

> *Foi (a menstruação)... num foi um momento difícil que eu já sabia que, não por minha mãe, né, mas, minha amiga, tinha falado prá mim mas, eu já sabia mais ou menos aí... fiquei, quando chegou fiquei calada, não disse prá minha mãe, quando ela veio descobrir já tinha umas ... uns três ou quatro mês... eu tinha vergonha de falar porque era uma coisa que minha mãe nunca comentou com a gente, ninguém nunca falou então pá gente chegar assim ver uma coisa assim chegar comentar, uma pessoa, que não tinha experiência nenhuma eu tenho vergonha de falar . Não falei.(...) Com três semanas que minha mãe morreu pai saiu de den'de casa e deixou os nove filhos. Aí os maió, minha irmã mais velha, meu irmão, eu, tivemo que trabalhá pá dá comida aos menó. Aí foi quando, eu já tinha um namorado também, né, minha irmã mais velha tinha namorado, aí eu fiquei no meu interior, aí eu me perdi com meu namorado, aí pareci grávida, com treze anos (...). Foi dentro de casa mesmo que aconteceu...Inda combinei com minha irmã, foi combinado com minha irmã, minha irmã mais velha que combinou comigo [risadas]. Ah, ela combinava comigo: "Mas Môzinho – que o namorado de minha irmã era Francisco, mas o apelido era Môzinho, né - Amôzinho aí disse que hoje vai fazê e acontecer comigo", aí ela di... falava, né, como era que ele ia fazer, eu dizia: "Tu é doida menina... pai vai batê na gente. Ela dizia: "Não, menina, vamo fazê pa vê se é bom..." Ai nós se combinou, ai quando foi de tarde que no dia que aconteceu com ela, aconteceu comigo. Foi...Os menino (irmãos menores) tudo*

dormindo [risadas]. ó, no escuro, todo mundo lá no escuro, quem vai sair de den'de casa? Cê sabe, interior, num sei se cê já foi no interior, né, pai não tava mais den'de casa, só a gente só, ela com o namorado dela e eu com o meu, eu com ... doze ano, pa, pa treze, ela tomém, moderna. Eu tinha doze, ele tava com quinze. Ai pronto, aconteceu, ai foi indo, foi indo, eu pareci gravida disso, quando pai descobriu, pai... (Zezé)

*Quando eu completei 10 anos... eu era presa, não saia prá canto nenhum, me prendia demais, demais mesmo; ai comecei a estudar, peguei amizade e ai começaram me dar conselho "você é besta menina, você tem mais é que se soltar, fica presa dentro de casa", não sei o que... Ai pronto, foi o primeiro namorado que eu tive... tive uns paquerinhas, né? Mas, primeiro namorado. Me iludi, foi ilusão mesmo, eu pensei que era uma coisa e foi outra... namoro assim... acho que não durou nem [*risos*] um mês. Não demorou, né? (*de ficar grávida*). Mainha me batia prá caramba e eu não queria nem saber, tava cega, tava obcecada por ele, né? Não queria saber de nada. Gostava, não era nem gostar. (*Ele*) gosta nada, dizia que gostava, mas... Me perdi cedo também. Fui atrás de marido também [*risos*]... E namorava, deixava de estudar prá ir atrás dele, até que eu consegui: me perdi. Me perdi com ele eu tinha 12 anos, mainha dava conselho, mas eu não queria ouvir, me mandava, me escondia, até que eu consegui engravidar. Engravidei, aí é que foi o sofrimento pior da minha vida.(...) é aí que foi o sofrimento pior, quando eu engravidei, ele passava com mulher na minha cara, era! (...) A gente mesmo é que se despreza por si próprio. Eu tomava remédio prá ver se eu conseguia perder, mas eu acho que às vezes acontece, né? Ai [*expressão de angústia*] nasceu... Ah, mas eu escondi, porque tinha vergonha. Quando eu engravidei eu apertava a barriga de um jeito! Com fio, com corda de nylon, vestia uma roupa bem folgada, prá ninguém descobrir. Ah, eu tava com 7 meses quando descobriram. Minha mãe, depois de muito tempo, foi que deu apoio a mim. (...) E hoje eu vendo minha filha com 13 anos, eu digo assim ói, ai se eu pudesse recomeçar o tempo que ficou atrás, e hoje eu não quero deixar minha filha sair daqui prá'li nem a pau, não deixo mesmo; não é porque eu fiz isso que eu vou querer que ela faça, né? ...Mas hoje eu converso com ela e mainha não conversava comigo, né? Eu não sabia nem o que era menstruação. Pela primeira vez que veio eu tava com 11 anos..., que enquanto você não tem menstruação voce não tem perigo nenhum de engravidar, mas desde quando você tem, pronto...aí foi escândalo, prá mim, sei lá, pensei que tinha sido um bicho que tinha me mordido, uma*

*coisa assim sei lá. Fiquei agoniada, vim do colégio gritando, gritando... hoje em dia, não, ela (*a filha*) sabe, tá com 13 anos e ela jura prá mim que não tem menstruação, mas sei lá se ela não tem, pode esconder como eu escondi de mainha.* (Dina)

A primeira gravidez, via de regra, aparece como um momento de desfecho na negociação entre homem e mulher no que concerne à relação de casal. Após este acontecimento culminante, normalmente antes de se efetivar a união, restam aos implicados 2 opções basicamente: ou proceder para a união de forma mais definitiva e responsável ou desamarrar os laços até então desenvolvidos. Se trata de um momento de tensão, onde são tecidas as mais diversas estratégias de um e outro lado no sentido de defender os próprios interesses. Geralmente, mas nem sempre, a mulher pressionando para a união e o homem, para fugir dela. Em 9 narrativas detectou-se este processo de tensão e negociação, culminando ora na união, ora no abandono do parceiro, e por vezes em algum acerto intermediário, indicando que, via de regra, a gravidez antecedeu às uniões, e que foi esta tensão inicial um processo conflitivo desde o inicio da relação. Alguns dos relatos deixam bem clara essa dinâmica de tensão e negociação:

*Eu era esperta, né? Que eu não era tão boba assim, eu me perdi com vinte e dois ano com o pai desses meninos, nem sei porque. Porque ele (*o namorado anterior*) veio me fazer um disfeita, tava namorando comigo e nisso queria ultrapassar do limite, eu disse não. Eu disse: "Nem vem!". Aí ele me prometeu o mundo e o fundo. Prometeu que me dava os documentos todo dele prá minha mão, que não sei o quê... Eu disse: "Não, largue de ser bobo, que você me dá os seus documentos, você me faz o bem, tá entendendo, e depois você vai tirar segunda via como seus documentos foi perdido, e eu que fico prá aí, nada!"* [risos]*. Aí ele disse: "Tá, você não tem jeito mesmo não, viu, você é esperta". E aí digo: "Ói, tchau". Me mandei. (...) Eu passei a conhecer (*a familia do marido*) depois que ele já tinha, xô vê, pra falar a verdade, foi depois que já pas...*[risos]* já tinha conseguido o que era bom primeiro... Depois que engravidei eu tive que ir pra companhia dele, né? Ai fui prá casa da mãe dele, aliás minto, não foi nem prá casa da mãe, foi prá dos irmão(...) depois que eu apareci grávida de Shirlei foi que ele veio me dizer que tava com uma criatura prá ganhar um filho dele. Aí, a minha, minha dor, já comecei com ele foi disso, aí que eu pro...eu fui honesta com ele e ele não foi comigo, que eu procurei a saber a vida dele, se ele não tinha alguém, se ele não tinha filho, se não tinha mulher, ele só negava, dizia que não, mas depois que ele...me fez o, me fez o bem, quando diz que o mal é quando mata, né, e aí passei, fiquei grávida da*

menina, acho que ele queria tirar o corpo fora de assumir, aí veio com essa história que tinha um filho prá nascer... Eu fiquei injuri, eu fiquei injuriada com ele porque ele não foi honesto comigo, porque se ele fosse honesto comigo, se ele dissesse: "Ói, eu namoro, tô namorando com você mais eu tenho uma mulher, uma mulher tá grávida de mim", aí eu ia pensar, eu ia escolher o que eu queria, né, se eu ia aceitar namorar com ele, ou se eu não ia aceitar nada com ele. Ele ficou quieto, depois que ele alcançou o que queria, aí queria tirar o time. Aí eu disse, não, ói é tarde demais, quem come a carne rói os ossos. (Noinha)

Aí depois disso que minha mãe morreu ... que meu pai... deixou a casa entregue aos namorados da gente... que aconteceu!... ele aí queria tirar o corpo de baixo quando ele saiu. (...) Demorou muito, demorou assim base de uns, uns seis meses ou um ano, pa poder parecer gravida, ai pai, chamou ele que queria que ele casasse. Aí ele disse que, que ele casava, que eu era de menor, ele também era, que ele gostava muito de mim mas que o filho não era dele, sendo, mas ele disse que não era. Aí pai foi em Sta Terezinha deu uma queixa dele, ai chegou lá a juiza obrigou, disse que era p'ele casar, que se ele não casasse ele ia ser processado, aí pai fez os papel tudo pa eu me casar na igreja dia de Domingo, foi no dia de sexta feira ele fugiu. Ai quando foi o dia de sábado que meu irmao chegou em casa, fez assim, "Ói ai Nilde, vocês num disse que Mundinho ia casar, Mundinho fugiu onte, e nisso quando falou, eu desmaiei, aí foi que me trouxeram pa Salvador, eu desmaiada, eu passei oito dias desmaiada. Foi o susto... foi, ai eu tav com oito meses de grávida ,ne?... Perdi,com oito mês. Nasceu no carro, nem vi. Foi....E eu gostava muito dele, eu nunca imaginava que ele ia fugir pa me deixar, né... (Zezé)

Mas ele se mandô, levei nove meses com o menino no braço, não via ele. Tanto que quando eu engravidei, me perdi, não foi através do rompimento da virgindade, foi através da "coxinha", né? Aí depois de oito meses depois, já grávida, eu tive que procurar ele prá dilatar, foi sofrimento, muito sofrimento, muito, muito, muito e até hoje ainda sofro... Quando eu engravidei, que eu descobri que eu tava grávida, eu era virgem ainda, então foi um momento que eu mais precisei dele, falar com ele, mas ele me dava as costas... morei com ele dois dias, mainha construiu a casa ali em baixo na invasão, a primeira casa branca dali, grandona, só vivi com ele dois dias contados, e meus partos dos 3 filhos meus foi mainha quem fez, a última é que foi na maternidade, eu morando aqui direto e ele na casa da mãe dele. Eu tô morando com ele

> *direto aqui é de um ano prá cá, direto... pode perguntar ai em baixo a minha mãe, minha irmã, ele ficava um mês sem vim aqui, sem me dar nada e eu aceitava só prá satisfazer a vontade dele, porque desde que um homem tem uma mulher, dizem, né, que a mulher não pode fechar a perna prá ele... Agora ele tá vindo constantemente em casa, antigamente, não, né? Há quatro anos atrás ele ficava dois, três dias, 15 dias...A a mãe dele... eu ia lá e ela dizia que não tinha nenhuma mulher com ele, não, né? Mas, tinha, tinha, tinha umas paquerazinhas, tanto que eu fazia até acabamento lá [*risadas*].* (Dina)

A principal queixa destas mulheres na fase de vida adulta está associada à vida afetiva a dois, aos desentendimentos e desajustes com os parceiros, o desgaste da relação, que com o correr dos anos parece tornar certas rotinas infernais, pesadas e sufocantes, marcadas pela violência doméstica (não apenas do homem à mulher e filhos, ainda que esta seja a direção predominante e a mais aceita pelo olhar estranho de vizinhos e parentes). Dez das entrevistadas relataram deprimentes experiências de desgaste conjugal. Entre as mais velhas é comum o desfecho destes conflitos relacionais com separações e a posterior formação de novas uniões. Sete dessa mulheres voltaram a unir-se uma outra vez[14].

Os trechos abaixo descrevem experiências de maltrato e desgaste conjugal:

> *Foi o meu primeiro, e prá voce vê que foi tão duro que eu tô com ele até hoje. Forçado. Tô com ele porque jeito não tem, acho que eu vou ficar com ele de cacetinho na mão segurando e eu com a bengala. Ele me força... E medo também, muito medo que eu sentia...Ah, porque antes... hoje ele é um homem regenerado, né? Não é esse ladrão, né, nada disso, não? Ele tinha muito mal amizade, muito mal companhia, e eu tinha medo, ele me ameaçava demais. O que aconteceu? Eu fui tendo o primeiro filho, o segundo, o terceiro e aí do quarto em diante, que tá com nove anos, hoje é que ele veio melhorar, arranjar um emprego, mesmo assim, eu tenho medo, fico insegura. (...) Eu passei muitos momentos na vida, muitas marcas no corpo, eu tenho... já sofri muito, só eu sei mais ninguém. Meu medo de largar ele não é nada, é medo de tá passando assim na rua e aí, de repente, ói ele, eu tenho medo dele, que quem já fez um, duas, três vez faz... Teve uma vez mesmo, tem uns cinco meses, só porque eu saí, tava conversando aí embaixo, com uma vizinha minha, ele chegou aqui acabando com tudo, fiquei mortinha, eu prá ele estou fazendo 6 meses de morta, me agrediu, me bateu, me xingou... (*Os meninos, os filhos*) viram, mas eu tava aqui sozinha com ele, tava morando nesse quartinho pequeno ai, né? Gritei tanto com ele que mainha subiu, ele não achou em que se vingar, achou que era duro*

*minha mãe com a cabeça cheia de cabelo branco então não podia revidar ela, quebrou o espelho todo, um murro, quebrou, me xingou e eu passei três dias com a cara feia pro lado dele, aí ele veio e pediu desculpas a mim, eu peguei e aceitei, né? (...) Eu já falei prá ele, já disse a ele (*que quer separar*) e um homem sente quando a mulher tá recusando, né? Ele sente, então eu não sei mais o que fazer... uma vez, há um ano atrás, ele disse a mim que se eu não sou dele, não vou ser de ninguém mais e se ele me ver com alguém que ele me matava e eu tenho medo, porque ele faz. Hoje em dia, eu não sei porque agora, ele tá bom, tá vindo todos os dias prá casa... Vai fazer 10 meses que eu não tenho nada com ele. Tomei pavor. Não sei... Como é um homem violento com uma mulher quando quer fazer sexo? Ele é grosso, ele não quer saber, ah sei lá! Poxa, deixa prá lá!* (Dina)

*O povo tem aquele dizer que tá...quando a pessoa vai pegar passarinho nunca diz xô, né? Logo, quando eles tão a fim logo de uma pessoa, eles não vão botar os defeitos deles, né Não vai dizer eu sou isso, sou aquilo, pra puder a gente não ficar amedrontada. Logo no inicio, né, no início sentia aquela atração forte, né, mas depois...depois de muita, muito maltrato eu acabei odiando ele. No inicio minha avó mesmo que mandou me chamar, que minha irmã Das Dores... Eu tive lá uma época que ele começou a ficar assim com grosseria pra meu lado, dizia que não ia, que não ia comprar nada prá criança que ia nascer, que ele não ia registrar. Aí eu cheguei e disse a ele que ele não se preocupasse não, que a criança ia nascer nú, mas nu também não ia continuar, e que eu tinha meus, meus avós, tinha minha mãe adotiva, que inda podia me ajudar, né. Aí eu fui (*para Ituberá*), minha avó escreveu uma carta,.essa minha irmã escreveu uma carta prá minha avó. Minha avó já mandou outra carta respondendo dizendo que não era prá eu me preocupar não, que tinha a casa dela, e na casa dela cabia. (...) Um dia que ele me bateu, eu tentei correr pra casa do meu irmão adotivo, aí ele esticou pelo cabelo e vei me dano murro, dano soqueta pela minha, na minha cara até quando chegou no buraco. Aí fiquei, fiquei, quando aí, daí a pouco chegou uma irmã adotiva minha, umas menina, aí perguntando o que era que eu tinha, né? Aí eu disse que eu não ta... eu virei prá elas, fiquei com vergonha de dizer e disse que não foi nada... Aí começou a me maltratá, tudo que eu falava ele me chamava de ingrata, de peste, fazia um sucesso, vinha em cima de mim pra me bater... Aí ele vinha me bater, só que eu enfrentava ele, que eu não corria assim, né...enfrentava a fera. (...) Uma vez, uma vez me pegou contra a vontade (*para fazer sexo*) eu não aceitei, aí deu briga. Bater*

ele não me bateu não, mas sei lá...ele me usou assim com uma violência, que eu acabei ficando assim até doente. (Noinha)

*Ai, minha irmã vei me trazer no Nordeste, minha amiga me levou na maternidade, ai da maternidade eu já vim p'uma casa de uma amiga, fiquei três mês na casa de minha amiga, e aí que eu passei morar com ele. Aí ele deu pa mim... me pertubar, mim pirr... o pai de Marquinho, Everaldo. Aí ele deu pa me pirraçar, não me levava pa lugar nenhum, todos passeio queria ir, num me batia, num me xingava mas me, me pirraçando. Chegava dizendo que pegou mulé, que a mulé era bonita, que a mulé era isso e aquilo outro, aí eu cheguei fui m'imbora deixei o menino com ele, deixei o menino com ele e fui embora. Quando... aí ele levou pa casa da mãe dele (*o filho*), quando tava com dois mês na casa da mãe dele, a mãe de... de Everaldo foi me entregar Marquinho lá no meu emprego, aí eu fiquei com ele, paguei uma dona pa'tomar conta aqui na Sta Cruz, depois disso meus pai soube que eu tava sofrendo aqui com o menino, mandou buscar o menino po interior, aí foi quando ele foi po'interior, aí passou quatro ano lá no Castro Alves. (...) Aí depois disso, eu conheci o pai desses daí, e que eu tô com ele ate hoje, aí mandei buscar Marquinho. Marquinho veio ficou com a gente. (...) Eu pensava (*em separar*), quase uma vez mesmo eu... mais minha irmã, quase que nós bota ele na, na delegacia das mulé, pa poder ele saí de den'de casa, porque (...) porque todo dia ele dormia com, com uma faca pa'me matar e eu com uma pa'matar ele, aí nem ele tinha coragem de furar nem eu, eu digo, ói um dia o cão pode atentar, aí eu fui na delegacia da mulhé, dei queixa pr'ele sair de den'de casa, só que ele não foi, que ele tem medo de chegar lá, ele apanhar, ele não foi. Aí ele chegou arrumou a roupa toda pa'ir embora, passou um mês... pa arrumar... sacola pa'ir embora (...) Quando foi de um mês em diante ele desarrumou a sacola. (Eu)disse: "Ói, no dia que tu ficar com faca dizendo que vai me matar, eu vou lá na polícia te prender". (...) Porque (*ele*) tinha mulé na rua e eu, falava prá ele que eu não queria que ele ficasse com a mulé na rua, que eu ia matá ele, e aí eu brigava, aí ele: "Ah você merece morrer, vou lhe botar essa faca aqui p'eu lhe matar". Foi, ele dormia com uma e eu com outa. E eu pa'furar ele, ele pá me furar, no fim da conta nem ele me matou nem eu matei ele. Aí depois disso tomém eu deixei de mão.* (Zezé)

Ele também nunca me tocou, não era doido! Mas era tanta mulher, mulher e jogo também... começou a desbandá, mulher em tudo que é lugar. Aquela vida que ele tinha de solteiro, até chegou o extremo de eu

*não aguentá mais, dá uma louca. Quebrar até a costela dele. Mas no início ainda, ele saía sumia, ia voltava. Eu tava na minha, só alegre e tudo. Teve muitos momentos difíceis, muito! Muitos mesmo, não dá pra contar, não gosto de lembrar... Aí um dia disse: "Vou dá um tapa em sua cara!" Ah, antes ele tivesse dado esse tapa, me deu um negócio, que me subiu, tem hora que sinto alguma coisa, por isso que digo que eu tenho uma coisa no cérebro. Eu peguei ele pelas orelhas, dei uma dentada aqui, o pedaço ficou dançando. Ele chegou e disse: "Precisa disso?" Eu disse: "Precisa! Porque quem disse que vai dar já deu, você alisou a minha cara, não faça mais isso, porque na próxima vez vou dá na orelha e arranco o pedaço". (...) Começou a acabar, já era pra terminar desde da gravidez de Iracema. Iracema nasceu na inauguração de Brasília, Carlos sumiu e eu grávida. Sumiu... Quando ele chegou, não levou 8 dia Iracema nasceu, 6 meses sumido... Depois começou de novo. Ele começou a arranjar outra Edite, aí tava trabalhando, ele ia em 8 em 8 dias, ia sábado e voltava na segunda-feira. Essa namorada, sei lá, aí passou aí 15 dias, um mês, dois meses. tanto que quando Marcos nasceu, foi aí que ele saiu de vez de dentro de casa. Foi quando eu dei a ter um mucado de coisa, comecei a desmaiar, ficar entre a vida e a morte, quase corto a cabeça e tudo. Ele chegou, eu tava lá dentro, aí fui acender o candeeiro, quando venho (...) dentro do quarto e disse: "Quem é?" Ele disse: "Sou eu!" Mas é lindo! Aí eu baixei o nível, mas eu disse: "Mas não é teu (*o órgão sexual*)! Ele disse: "Não é meu?" (*Ela*): "E tem outra que vou lhe dizer agora, é a última vez que você venha aqui, porque na próxima vez – claro que eu não ia fazer, mas eu disse – se aparecer novamente, você vai encontrar um homem nesta cama, porque é minha, foi minha avó que me deu..." E aí ele com o cinismo: "Eu entro e me deito, porque quem foi rei, sempre é majestade". Aí eu dei a louca, foi aí que eu comecei a jogar tudo nele, sabe? Arrumei... e por fim, ele me deu as costas que arrumei o tamborete e acertei na costela. E caí, não vi mais nada. Eu fiquei mal. Que tava, eu tinha tido tido nenê! Mas depois disso nunca mais soube dele, quando ele soube que eu tinha tido Marluce (*filha de outro*), não sabia se era homem ou se era mulher, ele me botou pra fora, passou a não querer dá pensão. Não voltei pro fórum... aí prá quando ele morrer eu fazer o enterro e mijar na cova dele* [risadas]. (Dalva)

Mas o desgaste conjugal está fortemente atrelado, ou em boa medida é resultado para muitas das entrevistadas da experiência da infidelidade conjugal. A infidelidade, depois das doenças crônicas e mortes de parentes, é o tipo de circunstância na vida das mulheres estudadas que mais as fragiliza. O sentimento

predominante é o de profunda dor, humilhação, raiva e desilusão. Encontram-se queixas de abandono e são poucas as que interpretam a infidelidade como algo relativamente natural. Para oito das entrevistadas este foi um momento fragilizador nas suas vidas, associado a tensões, angústias, ansiedade, baixa autoestima e crises de nervoso:

> *Sei lá, eu me sinto doente. Da vez mesmo que ele arrumou uma mulher, eu me senti assim, sei lá, que eu pensava até em morrer no dia que ele me disse... que eu não esperava... aí ele ainda foi comprar remédio prá me dar, ele ficou com medo de eu morrer, porque sei lá, eu fiquei assim numa tremedeira, num frio, aquele negócio assim... que eu não esperava dele fazer isso... No dia que ele me disse aquilo – quando ele falou: "Eu tô com ela, há muito tempo eu quero te falar, antes dos vizinhos te comentar" – aí quando ele falou, eu não tive mais voz. Aí ele pegou água com açúcar e me deu, no outro dia eu botava as coisas num lugar e esquecia, eu fiquei com a mente assim fraca, que eu não esperava, quando a gente não espera uma coisa assim. (...) Ele era porteiro (*no prédio onde a outra trabalhava*), aí ele tirou ela de lá e trouxe ela prá casa da prima, prá ficar mais perto, isso é mulher vagabunda. (...) Essa raiva dele trazer ela pr'aqui, ele disse que... ele já pediu mil perdão, mas eu não perdôo. Eu não comentei nada com ele...eu disse: "Ói, tudo bem que voce já pegou ela, botou dentro de casa, já pediu desculpas, eu não vou perdoar, que eu te dava mil confiança, ia prá casa de mãe, te deixava aqui, mas..." (...) Foi uma amiga da prima dele que me disse que ele dormia com ela aqui (em casa), ela também justificou que ele dormia com ela aqui, porque ele disse prá ela que não gostava de mim e foi por isso que ela veio pr'aqui me pirraçar, pr'eu me aborrecer e ir embora... Eu não sei onde eu estava que eu não bati nela.* (Tiane)

> *"Aí, foi prá onde Neguinho?" (*perguntava ao marido*). "Ah, fui dar uma saidinha e tal e tal". Aí, foi daí que foi começando, começando, aí relaxou que ele fazia tudo que ele queria, e ainda dizia: "Ah, eu faço tudo que eu quero, eu, eu acho que eu, que eu tenho direito de fazer da minha vida o que eu quero, curtir o que eu não curti". Ai eu dizia: "Mas, se você quer curtir o que você não curtiu, você tinha que procurar ver primeiro se você queria família ou se não, procurar família para depois você querer curtir o que você não curtiu, fica chato". Aí ficou, ficou, ficou. Do meio pro fim num deu mais certo, a gente se separou, ele foi pro lado dele e eu fiquei no meu. Agora no último sábado ele foi lá em casa, tava perguntando: "Você ainda aceita, Zinha, voltar? Heim?". Eu disse: "Eu? Num sei não, Neguinho. Isso aí é his-*

*tória prá se pensar muito bem". (...) Eu sentia muita raiva. No inicio eu até achava que num fosse, porque eu confiava muito nele, né? Eu achava que ele não era capaz de fazer isso. (...) Mas, logo depois, eu fui, as sumidas, as dormidas, as mentiras, dizia que ia trabalhar, aí quando eu ligava pro trabalho dele, ele num estava, as viagens. Aí foi que foi revelano as coisas, né? Eu fui ajuntando os pedacinhos, digo, é se ele num tivesse com essa mulher, ele num tava com essa agonia toda com ela, fazeno casa, dizeno ele que ele num tava ajudano, aí faltava as coisas dentro de casa, dizia ele com num tinha dinheiro. Pedia a ele prá dar cheque, aí ele dizia que num podia dar cheque: "Não, não posso dar cheque não, que o meu cheque eu já gastei todo, que eu precisei prá pagar isso, precisei prá pagar aquilo". Isso tudo mentira, se ele num tava comprano nada pra dentro de casa? Como é que ele ia gastar talão de cheque assim, rapidinho? "Ai, eu num tenho". Ai eu fui me aborreceno com aquilo, chatiano, me contrariano, ficava doente, ficava nervosa, tinha muita dor de cabeça mermo. E ai eu digo: "Ói, Deus tem que dar, Deus tem que ver um plano na minha vida, ou de um jeito ou de outro". Eu achava que eu tava ficano nervosa e às vezes, como Doutora Aida falou que nervoso demais, às vezes as pessoa perde até o controle e fica até meio variado, né? Disse que num fica doido de tudo, mas fica meio descontrolado, como ela disse. Eu num conseguia nem olhar pra cara dele, ficava com uma raiva tão grande, que eu só tinha vontade de, de fazer qualquer arneira mermo, Deus me perdoe, mas com ele, eu tinha muita raiva dele. (...) Num conseguia nem ensinar o dever deles direito (*dos filhos*), era uma agonia danada. Ai, ele falava, ficava dizeno que eu era uma grossa com os meninos. Mas num era grossa, é porque eu mermo ficava nervosa, agoniada, quando ficava sabeno das coisas. Então, tinha dia que quando eu ia chegano na ponta da rua, o pessoal fazia: "Eu vi Neguinho lá no Shopping com a mulé" Ah! eu ia bem, bem, bem, só você veno, mas me subia aquele fogo assim, aquele ódio, pronto, aí eu já chegava em casa toda transformada, eu digo, hoje num dá nem prá eu ficar na casa de mainha, porque, às vez a gente sem querer, às vez faz até uma estupidez, né, uma coisa, aí eu passava na casa de mainha, tomava banho e ia me embora prá lá, ficava lá sozinha dentro de minha casa, ligava a televisão, a televisão ficava lá falano sozinha e eu cá. Passava, passava, daqui a pouco ele chegava. "Tava aonde?" "Eu tava no trabalho". Eu digo: "Ô, eu liguei pro seu trabalho, você num tava lá, você já tinha saído desde cedo". "Ah! eu dei uma saidinha, fui na rua resolver umas coisas minha". Tinha dia que eu tava com vontade de falar, eu falava, descarregava também, mas tinha dia que eu num tava, aí eu ficava ali calada, me*

cumeno por dentro. Mas num é,...graças a Deus que eu já consegui até perdoar ele, mas eu num sei nem se eu quero volta, eu sei lá. (Zinha)

A separação em si mesma não parece ser tão fragilizadora como o processo imediatamente anterior à sua definição, a infidelidade, violência ou desgaste da relação que podem ter conduzido a ela. Apenas três das mulheres identificaram a separação como momento crítico em relação a outros tipos de eventos vividos; entretanto, mesmo nestes casos, ênfase foi dada mais ao processo anterior do que a sua definição ou desfeixe. Dessas três mulheres, duas haviam se separado recentemente e a outra nunca mais voltou a se unir, após o que ela designou como uma "gravidez ilegítima", fruto de um caso amoroso que teve lugar após sua separação e pelo qual nunca se perdoou. É entre as mulheres que voltaram a se unir após a primeira separação que o peso deste evento enquanto momento fragilizador é menos pronunciado. Ainda que vivenciada com dor e dificuldades, a separação não aparece nos relatos dessas como evento particularmente fragilizador ou associado a momentos de maior nervoso. Como mencionado, estas mulheres apontaram para outros tipos de eventos na descrição dos momentos mais críticos e estressantes em suas vidas. Duas hipóteses complementares podem ser levantadas para elucidar estes dados.

O evento da separação pode ter sido grave e fragilizador em seu momento e na atualidade, à distância, a entrevistada passa a descrevê-lo e interpretá-lo à luz de outros acontecimentos, diminuindo seu peso e gravidade. Por outro lado, é igualmente possível, conforme também apontam alguns dos achados do estudo de Miles (1988), que a separação tenha sido em alguns casos o desfeixe final, a solução e reencontro da paz perdida pelos conflitos, desconfianças e sofrimentos resultantes de uma convivência conjugal deteriorada. Neste sentido, a angústia e crise, desde uma perspectiva subjetiva, estariam situadas mais claramente no processo anterior de agravação dos problemas e tomada de decisão de separar do que no evento da separação em si mesmo. Estas são conjecturas difíceis de se comprovar a partir dos dados aqui apresentados. É provavél que as duas hipóteses não sejam totalmente excludentes e que tenham pesos diferentes a depender da história de vida em questão. Mas há aspectos de outra ordem no que concerne à vivência da separação. Ao descrever sua experiência deste evento, as mulheres relatam uma série de dificuldades de tipo econômico e relativas ao cuidado com os filhos, assim como sentimentos de falta de proteção e abandono, que em alguns casos vão diminuindo à medida que a autoestima é recuperada e que se retoma o curso de vida.

Eu pensava em me separar, sabe? Mas eu não. Eu queria que partisse dele por dois motivo. Um, porque eu num, o pessoal me falou, um adevogado me falou que se eu me separasse dele, ele podia me acusar

*dizeno que fui eu que larguei ele, e aí eu podia perder a metade dos meus direito. Quer dizer, o direito dos menino, por exemplo, né? Ele podia, que ele podia questionar que fui eu que quis largar ele por causa de outro homem e como a vida acontece muito disso, que eu num ia ter como provar, num é? Aí ele disse que só se eu tivesse muita sorte prá provar diante de um juiz, uma coisa, pra poder ele não ficar com os meninos. Aí eu num queria, como eu num quero. (...) Aí eu num, num tenho vontade de entregar a ele nenhum dos dois (*filhos*)... Preveno essas coisas, que o pessoal sempre me falava isso, você pode perder seus direitos diante dos meninos e o direito que você tem diante das coisas. Ai eu dizia, pelo os meu direito eu num faço nem questão, porque ele diz que eu sou muito soberba. Mas num é soberba, se eu trabalho, eu tenho a minha vida, tenho o meu dinheiro, faço o que eu quero, então prá que eu vou ficar atrás dele mendigando pra que ele me dê pensão, me dê isso, me dê aquilo, não, eu não peço. Unicamente o que ele me dá é cartão particular que eu graças a Deus eu não adoeço assim, eu nem uso, ele leva e traz, leva e traz e o cartão eu nem uso... É, eu queria que partisse dele, então eu nunca botei pra fora, nunca disse que num podia mais ficar, agora do meio pro fim, relação a gente num tinha, já tinha muitos meses que ele me procurava e eu num queria, por medo de muitas coisa, das doenças, que ninguém se previne, e do jeito que ele, que ele fez comigo que eu num merecia, né? Quer dizer, eu acho que se a gente num merece a pessoa num tem fazer certo tipo de coisa, como ele fazia de ficar passeano (*com a amante*) pelo Shopping pra todo mundo ver. Se ele queria ter uma amante, ele se recusasse mais, né? Arranjasse casa, botasse ela, fosse pra casa dela, que fosse um negócio mais oculto e não um negócio pra que Deus e o mundo visse, né?... Cada um diz uma piadinha, essas coisas me revoltava. (...) Comecei a trabalhá, num disse a ele que tava trabalhano, ele só veio descobrir quase uma semana que eu tava trabalhano... (Ele): "E nem me falou?" "Não que eu não tive tempo, e às vez você chega e eu num me lembro". Aí ele chegou e disse assim: "É, tá bom...você tá se desligano de mim mesmo, hein?... É, então tá certo". Aí passano uns dois dias, eu acho que ele conversou lá com a outra o que tava aconteceno, aí ele fez, começou a fazer as mala. Aí um dia saiu com a sacola cheia de roupa. Aí quando eu acordei, no lugar que ficava a roupa dele, já num tinha quase roupa nenhuma. Aí eu disse: "Ói eu acho que ele já ta ino embora". Aí passei, também num perguntei. (...) Aí quando foi no outro dia, ele veio carregou o resto tudo e foi embora. Saiu no outro dia, na hora de sair de manhã, ele disse assim: "Zinha?" Eu disse: "Oi!" Eu tava na cozinha fazeno café dos menino. Eu disse:*

"Oi!". Ai eu disse: "O que é? Diga aí?" Aí ele chegou e disse: "Tô ino embora". Eu digo: "Boa sorte, faça da sua vida o que você achar melhor. Já que você quer ir, você vai, se você num pretende mudar". Antes disso a gente teve uma conversa, uma semana antes de eu começar a trabalhar, a gente teve uma conversa e aí, que eu pedi a ele que ele mudasse, ou ele mudasse ou ele resolvesse a vida dele. Aí, quando foi no dia que ele foi embora, aí ele disse: "Eu já vô". Eu digo: "Você conversou com os menino, que você num voltava mais pra dentro de casa?" "Não, que eu num tive corage, deixei a seu critério". Eu disse: "Tá, deixe aí que eu converso com eles". Ai vim trabalhar, quando eu cheguei em casa, ai eu falei com os menino: "A partir de hoje seu pai num vem mais pra casa, a gente se separou". Ai, eles começaro a chorar, naquela agonia, eu: "Não, tenha calma, tudo se resolve". Ai foi ino, foi ino, ele passou a aparecê lá de vez em quando, de vez em quando, que agora aparece lá sempre. Tem dia que vai passar o dia lá... Na hora que eu vi ele ino embora, eu senti muita raiva, mas, depois eu disse: "Ói, se eu mesmo queria isso, se eu achava que num tava dano certo, que era melhor ele ir, eu tenho mais que aceitar..." Nos primeiros dias, eu fiquei ruim, porque eu num tava acostumada a dormir só, né? A semana toda, como eu ia ficar com os menino? E também eu sentia medo porque a casa tava aberta, tava sem laje, eu tinha medo que alguém entrasse e encontrasse só eu e os menino dentro de casa. Mas depois eu fui me acostumano e hoje em dia, eu já fechei a laje, graças a Deus. Aí, eu num tenho mais medo... Fiquei bem melhor. Meu visual mermo mudou. Eu tava ficano muito velha. Vige menina, eu tava ficano muito cansada, e ficava traumatizada com as coisas que acontecia, sentia ódio. Hoje em dia, eu num sinto ódio de nada, Vige Jesus! Vivo bem...Hoje mermo no ponto, a menina disse que achava que eu tinha vinte e cinco ano, eu digo: "Ai meu Deus!!!" (Zinha)

*Eu sofri muito, mas passou!... (*Logo após a separação*) passava fome. Eu botava a água de gás, porque quando eu casei ele me tirou de trabalhar, ainda estraçalhou meu documento todo, eu fiquei sem nada. Lá no interior, e eu assim tapada, lá tem essa mania de que mulher casada tem que fazer o que o marido quer, lá minha família cheia de tradição, cheia de protocolo. Ele trabalhava lá no Coqueiro com a amante, sabia que eu não trabalhava, não tinha nada, sem nada, não me procurava assim pra me ajudar em alguma coisa, pra dá nada. Só Clodoaldo o marido da minha tia, que eu chamava de Clô, me dava leite. Marcos não gostava de leite só queria mamar. (...) Comecei sozinha lá no Coqueiro, município de Maragujipe, Paraguaçu. (...) Eu não*

*queria que filha minha.... podia tá sem nada no estômago, se alguém perguntasse na rua, e dissesse, caísse na infelicidade de dizer, apanhava, pequenininha, não dizia não (que tinha fome). Tinha dias que olhava pros quatro canto, assim, com parente, com condições, você acha, é orgulho? Não é. Uma terra que não é grande, parente tudo morando ali, muito barulho, minha família é grande, muitos de condição, sabendo que eu tava nessa situação, sem marido, sem ter trabalho, precisava eu chegar na porta e pedir? Não precisava, não. Quisesse ajudar, de jeito nenhum, então, eu não pedia. (...) Foi aí que perdi corpo, mas assim mesmo eu pesava 60 e pouco, 64 ou 66... Não, primeiro me internei, aí me internei quando eu vim pra aqui (Salvador), levei 3 meses...(*estava*) fraca, múmia, tudo. Vim prá cuidar de Márcia (filhinha com problema de foco), aí comecei a passar mal, não podia andar. Márcia tava pequena, tava todos pequenos... Aí vim prá me internar, internei, aí quando saí do hospital não voltei mais, porque no hospital mesmo eu arranjei esse trabalho, ia substituir uma que tinha se internado. (...) Aí eu pegava 9 horas e largava as 5 horas... (...) Claro que (*a separação*) foi ruim, mas nem tanto que eu já tava a fim de separar! (...) Não via mais, vim ver no Forúm, ainda foi com 2 advogados, eu recebi um convite, pra eu ir no Fórum, eu fui e levei Marcos e Iracema, cheguei lá e vi ele entrar com o advogado. Eu disse: "Marcos e Iracema, ói o seu pai". Marcos: "Ele não é meu pai, não, porque ele não me dá comida, ele deixou a gente morrendo de fome". Ah, minha filha! Então ele ficou com a cara...* (Dalva)

Como visto até aqui, os momentos críticos relatados pelas mulheres estão fortemente associados a conflitos conjugais em algum momento das suas vidas. É interessante observar, entretanto, que entre as mais jovens, em fase inicial do ciclo vital, a quase totalidade dos problemas são concentrados neste tipo de conflitos de conjugalidade[15], enquanto que entre as mais maduras, geralmente integrantes de grandes famílias extensas (com filhos casados e/ou outros parentes), as preocupações atuais se deslocam para problemas com os filhos e netos. Neste sentido, referem-se a problemas de relacionamento conjugal de seus filhos ou ao envolvimento destes ou netos em atividades ilícitas. Nesta fase da vida as mais velhas parecem ter logrado um convívio mais pacífico com seus parceiros (resultante de um acomodamento mútuo) ou com sua atual solidão.

*Ele (*o genro*) num tem jeito. Já deixei de mão. Dexa prá lá, num vô na casa deles. Dexei, abandonei, que ele dizia que num vivia cum ela pur causa de mim...que s'eu num dexasse de ir na casa deles... Continua da merma forma... Eu dexeil Num vô mair, não!...Por mim, elas (*as

filhas) *num casariam com ninhum desses home (*do Nordeste). *Por mim, num casava cum ninhum. Eu nun, eu nunca quis, não... Só Deus, só Deus do céu é quem sabe o sofrimento qu'eu tenho sufrido. Só ele sabe porque ninguém num sabe. Só Deus sabe. O que me chateia...é que eles judeia mutcho delas..., num faz por elas o que tem obrigação de fazê..., num dão nada pra elas... O de Jô, não! O de Jô é ruim, mas ele dá tudo. Ela num passa farta de nada, nem as fia, mas as otra! Jane...Janete...Deus é quem sabe! (...) No qu'eu posso eu ajudo. Agora mesmo Jane já tá aqui dentro de casa cum três fio. Ele botô pra fora...Já veio...acho que já veio quatro vez e voltô, e agora ninguém sabe...agora...se ela vai vortá de novo. Eu acredito que não, né? que num é possíver, né? Jane...tá disimpregada, doida atrás de um imprego... e num acha imprego. Hoje mermo ela vai lá pro Itaigara, pra vê se dá certo... Amanhã vai ver se dá certo otro... Quem tem num pode perdê, purque pra achá... num acha, não. Mas jamais eu num vô fechá minhas porta pra elas, não. Eu adoro! Eu num gosto não..., eu adoro, minhas fia e meus fio, eu mato e morro por quarqué um. Eu mato e morro por quarqué um deles. Eles, eles pode até num gostá de mim, agora eu mato e morro..., por meus fio, eu mato e morro.* (D. Neném)

*Mas eu vim mesmo peder corpo (*de 64 a 40 quilos), *foi quando Márcia se perdeu (*a filha que engravidou adolescente), *pra mim foi o fim de tudo. foi o desgosto maior que eu tive em minha vida.(...) Depois ela se meteu, sabe como? Com bandido. Ela (agora) mora em Dias D'Ávila. Ela tá acomodada. Já teve uns dois filhos (recentes)... Já tá uma de 15 anos aí... [*E sobre os netos adolescentes que ela cria, um marginal e o outro homossexual e rejeitado por toda a familia que o espanca] *...a perseguição dos filhos, dos outros netos como aquele entendeu (o homossexual)? Ó, fico com dor fogo, sinto dor fogo, rapaz, coisa de doido... (*Perseguem ele) *porque ele era assim, diferente, todo mundo diz... querem me matar, querem me...ó pra aqui ó, sabe o que foi isso?* [mostra uma cicatriz] *O gato que o irmão rumou prá ele, ele rumou aqui ó, eu me levantei daqui...foi sangue, nunca tinha visto tanto sangrar... É uma coisa de louco, tem dia que eu tô louca, e dominando... a gente quer acalmar um, acalmar, tirar o outro, e ninguém obedece, não aprendeu, outros voam em cima da gente... tem dias que eles tão mais atentados... e eu tenho que tá atras, ali, claro. Atrás, atrás, cercando... Ah! Isso é depressão. Não sei. Porque começo a pensar, sabe? Pensar... que penso muito em morrer e Ricardo e Carlos Fernando ficar. Eles não tem ninguém a não ser eu; a mãe deles é uma louca, o marido dela não é gente que preste, não querem*

> *meus netos nem eles vão, então, vão ficar aí, só, e eles são meus netos e são meus filhos, porque eu registrei, né? E eu tenho um medo de um momento prá outro eu morrer...* (Dalva)

São igualmente frequentes os relatos de nervoso associados a conflitos diversos com a vizinhança – disputa de terrenos compartilhados, fofoca e intromissão em assuntos privados, problemas com crianças, barulho, etc. – resultando em brigas, ameaças de vida e até agressões físicas que culminam com a intervenção policial.

> *Só que a gente não... as possibilidade de... não deu pra cercar tudo (...) Aí chamou ele, falou que ele não, não invadisse, que era nosso e ele queria porque queria que nós mostrasse os papéis do terreno... Aí ele: "Se não vai mostrar, a gente vai invadir". Minha filha, eu sei que de noite esses home fizeram desordem aí do lado e derrubaram a cerca toda e não deixaram um pau só aí... Vieram mais de 20, tudo maconheiro e ladrão... começaram a trazer facão, enxada, essa picareta, começaram a cavar, tirar tudo minhas plantação toda que tinha aí, eles quebraram tudo, era pé de mamão, era pé de aimpim, derrubaram tudo... Fui lá na justiça, dei queixa e os policial vieram tudo...ele já tá, minha filha, com bloco, com areia, cimento tudo aí já...já tavam construindo aí o quartinho já... A policia veio e acabou com tudo, levaram os dois presos... Depois....ficaram aí fazendo ameaça...* (Lena)

A sexualidadade é outro tema relacionado as suas angústias e dificuldades. Em 8 das narrativas detectou-se problemas desta ordem, ainda que de formas diversas. Segundo algumas a ausência de homem e do contato sexual prolongado é o que provocaria ou acirraria nelas estados de nervoso. É comum médicos, parentes e amigos aconselharem estas mulheres sobre a necessidade de buscarem e incentivarem novas relações afetivas, conselhos que revelam uma relação de causalidade entre nervoso e solidão e, mais especificamente, ausência de sexo. Também existem as que se queixam de dificuldades no desempenho e gozo de uma sexualidade prazerosa. Uma das entrevistadas consente nunca ter sentido orgasmo e que nenhum médico pode ajudá-la a resolver este problema. Outras contam que tiveram dificuldades com certos tipos de posturas sexuais solicitados pelos seus companheiros. Uma delas, por exemplo, se nega a realizar sexo anal mas pensa obsessivamente em realizar uma cirurgia plástica vaginal para reconquistar o desejo do parceiro que parece perder o interesse por ela. Outra foi desvirginada uma semana após o casamento, aos 19 anos, com a ameaça marital de devolução se continuasse a negar seus serviços sexuais.

*Conheci desde menina, nunca fiz amizade com ele, a gente não se unia, mas ele me perseguia muito e mamãe, Ave Maria, se eu não namorasse com Carlos, vou fazer vontade de mamãe depois eu termino, mas foi que aconteceu uma coisa sabe. Foi uma coisa assim, preste atenção, nunca contei prá ninguém, foi uma coisa ruim. De tarde eu disse a ela que ia acabar com Carlos. Aí ela disse a ele...Estava só em casa, aí bateram na porta, aí eu: "Quem é?" Aí saí assim desprevinida, quando abri a porta aí ele se apresentou assim: "Eu vim trazer uma merenda". Aí quando ele disse assim "vim trazer uma merenda", ele me deu um tombo, aí eu caí. Assim houve um estupro. Eu dei um grito. Tava com 19 anos, aí perdi minha honra. Ah meu Deus, perder a minha honra. Nunca contei isso a ninguém... aí tive uma hemorragia, eu não contei nada, aí me deram uma injeção. De manhã todo mundo sabia que eu tinha me perdido, mas não sabia como, aí eu fiquei mucado de tempo sem sair na rua, morta de vergonha! Aí eu fiquei mal com ele, fiquei mal não queria de jeito nenhum, ele só queria casar, casar, marcar data de casamento. Aí eu casei até tava de mal com ele. (...) E aí eu fui sofrendo, sofrendo, chegou a um extremo de eu não aguentar, ele sumiu, arranjou uma mulher aqui... que tem 25 anos, já vai fazer 26 anos que eu encontrei com ele, que ele me botou no Fórum, prá tomar meus filho, porque soube que eu dei um passo em falso, dei. Foi dar o passo em falso, e aí na mesma hora a vergonha bateu, não quis mais, fiquei grávida, e agora pra essa barriga aparecer? Aí é que é a coisa. (...) Marcou muito (*o estupro*), por isso mesmo que eu não quis mais ninguém até aos 26 anos. O pai de Marluce, porque Marluce não é filha do casal, o pai de Marluce eu só tive uma relação com ele. Eu não quis, tomei pavor e gostei até dele assim... É eu desisti, mas eu não pensei em ficar grávida, mas fiquei, tomava veneno pra perder Marluce de vergonha, só um irmão que me deu o maior apoio José. (...) Aí eu desisti, não quis mais saber, Ave Maria... foi quando doutor Gilberto tava novo ainda... E ele me dizia sempre assim, um dia mesmo ele disse na vista da mulher dele, a mulher dele é uma bela pessoa, disse: -"Ói criatura, sabe qual é seu problema? Arranje um homem. Arranje um homem". Eu digo: "Deus me livre, doutor Gilberto, eu fico morta de vergonha, só em pensar nisso, nos meu filho, que eu já tenho". (...) Meu filho, que tem trinta anos que mora aí, ele pequeno fazia assim: "Mainha tudo quanto é mulher tem um namorado, só mainha que não arranja um namorado", ele achava que divia arranjá um namorado, eu dizia: "Ô meu filho, mainha não quer namorado, não. Meu namorado são vocês, viu?" Ele achava, que ele via tudo quanto era vizinha tudo tinha marido e eu não tinha um namorado. (*E recentemente, quando Marluce

conheceu seu pai, já adulta*), aí ela disse: "Não é nada demais tentar se reconciliar". Nem morta, meu filho. Pra mim a vida tá boa. Não vou procurar esse negócio e vida de homem, pra mim acabou há muitos anos".* (Dalva)

*Eu levei uns... seis anos ou mais sozinha. Eu e meu filho, só, entendeu? ...ia pro médico, o médico perguntava se eu tinha marido, eu dizia que tinha. Porque eu tinha vergonha de dizer que eu não tinha marido, eu dizia que tinha... Aí o médico perguntava se eu tinha marido, eu dizia que não, aí ele dizia assim: "Dona Joselita, a senhora tá tão jovem pra senhora. tá sozinha!" Eu dizia: "Não, eu não quero mais não, eu já fui muito sofrida de homem, não quero" "Mas todos não são igual", todo mundo me dizia isso, eu fiquei com trauma, né?. Eu acharia que se eu acertasse alguém, eu ia passar pelo mesmo sofrimento de novo. (...) Aí quando chegou um dia, aí as menina aqui... essa vizinha aqui me dava a maior força, ói, essa vizinha aí... Quando ela via a casa fechada, ela ficava doidinha, ela vinha, batia aqui pra ver se eu tava morta aqui dentro de casa. Eu só vivia trancada. Só vivia trancada... por vida. Eu não saía pra conversar com ninguém, me chamavam pra sair, passear, eu não saía. Aí, quando chegou um dia, aí Lucia só: "Ô Jose, você tá tão jovem Jose, vamos sair, vambora sair num barzinho. Amanhã eu vou sair - que era dia de sábado - tem um barzinho jóia pra gente curtir". Eu dizia: "Tá, a gente vai". Quando chegava na hora... tinha hora que me dava um nervoso brabo mesmo, que eu, eu digo: "Não, Lúcia, não quero ninguém". (...) Aí eu fui pra médica. Aí Dra. Carla, disse: "Pode arranjar um namorado... tem que arranjar um namorado, não pode ficar assim não". (...) [*Sobre o companheiro que acaba arranjando*] Aí, quando chegou um dia que a gente marcou um encontro... Aí, ele veio pr'aqui, o primeiro dia que ele chegou aqui e tal, eu fui... encontrei ele lá no ponto... aí trouxe pr'aqui e tal... a gente conversando... ele só contava problema de/de hotel, de restaurante. Não saiu um beijo, não saía um abraço, não saía nada. Eu dizia assim: "Pronto, já que dizem que o meu nervoso é esse, agora eu vou [*risos*], meu nervoso vai acabar tudo de vez" [*risos*] e nada, nada dele querer... nada [*risos*]. Levou cinco dia, a gente dormindo junto e nada. Nada [*risos*]. Aí que o nervoso começou... aí foi que piorou o meu nervoso [*risos*]. Porque sozinha, eu sei que eu tava... você sabe que cê tá sozinha, né. (...) ...também não me faltava nada aqui dentro dessa casa, mas o melhor eu não tinha [risos]. Oito ano ele levou aqui em casa ... e foi aí que o meu nervoso piorou. Oxe, porque se você tá sozinha, você não liga, mas cê já pensou, você tá dormindo... recebe uma quentura de, de outro assim*

[risos*]. Meu problema agravou aí [*risos*]. Foi aí que meu problema veio a agravar. Eu sentia mais nervoso.... um beijo, você não tinha, ele não gostava... se você... Teve um dia que - eu disse: "mas não é possível!"- eu tomei banho, me perfumei toda, né? Aí vim pra dá um beijo nele, ele meteu a cabeça entre a perna... ele metia a cabeça assim... ele não dava um beijo. Eu digo: mas não é possível, escuta, o senhor não gosta de... [*risos*] rapaz, ele levou aqui 8 ano, aqui ó... desse jeito que tá eu e você aqui... Aí, ele foi embora...* (D. Joselita)

*Eu conheci ele... ele é meu primo! (...) É, namorô oito mês, depois ele falô cum minha mãe, minha mãe cunsintiu, e quando foi cum dois ano nós casemo. (...) Cum um ano..., cum um ano não, cum nove mese eu tive o premero fio, que foi Zé, o mais véio. E aí, de dois em dois, era um, de dois em dois, era um... até que interô dez.. Ele foi o premero. O premero e o único. Não, não. Eu nun... nunca tive namorado não. Nunca fui pra festa, pra festa ninhuma, nenhuma. Eu num dexava minha mãe pra nada desta vida. Porque num dexava. Eu num dexava. Não, ela era sã, mas eu num dexava. Era da minha natureza mermo que num dava pra mim sair. Minhas irmã saia... mas eu nunca minti, nunca fui pra festa ninhuma..., nunca fui pra festa... Eu tô cum cinqüenta e seis ano num conheço um cinema! Nunca fui, num sei o que é... um cinema. Nunca fui. Era. Namorava na porta, mas era um de lá e otro de cá, qu'ela num dexava não, minha mãe num dexava não. Não, num dexava nada. Era ela sentada junto. Eu como aqui, ele como aí, ela aí sentada... Aí, quando era dez hora, ela mandava ele imbora, mandava ele imbora! Ele ia imbora, era orde dela, num passava da orde. [*Sobre sua primeira relação sexual*] Foi o mermo que tê me matado! Porque eu num sabia que existia isso, não... Eu pensei que casava só por casá, mas num tinha nada disso, não... Ele disse que quiria m'intregá prá minha mãe, porque eu num quiria me sujeitá a ele..., cum três dia...de casada! Ele ia m'íntregá pra minha mãe... Aí eu cumbinei pra mode a fim de ele num m'íntregá pra minha mãe de novo. Oxe, mas foi o mermo qu'eu tê ido no..., no... no inferno. Deus me perdoe! Depois meorô. Mas eu também num sei, eu num devia tê casado. Casá inocente! Sem sabê de nada!* (D. Nenem)

CONCLUSÃO

O presente artigo descreveu eventos, encontros e relações na trajetória de vida de mulheres autoreferidas como nervosas, que são avaliados por elas enquanto períodos marcantes em suas vidas, associados quer a origem do nervoso,

quer a eclosão de uma nova crise, ou simplesmente característicos do contexto mais amplo sobre o qual se desenrolam suas experiências de aflição. Além de apontar para elementos estruturais das trajetórias, procuramos explorar os significados de que estes se revestiam para as mulheres.

Durante a discussão ficou claro que conflitos relacionais com os parceiros e familiares que as rodeiam são característicos estressores na suas vidas. Isso não significa que alternativas e soluções para tais situações difíceis não sejam encontradas e exploradas criativamente ao longo da vida. Em estudo realizado junto a mulheres na Inglaterra, por exemplo, Miles (1988) apontou para algumas das formas encontradas por suas informantes para enfrentar problemas semelhantes aqueles tratados aqui: mudanças como o divórcio, separação, mudança de casa, alívio dos papéis difíceis de cuidado, obtenção de um trabalho satisfatório, novas relações etc. Assim, existia para as mulheres a possibilidade de atuar afirmativamente pela construção de uma identidade baseada em sentimentos de autonomia, autodeterminação e aumento da autoestima. Sentimentos como estes estão presentes também em estratégias de separação e estabelecimento de novas uniões adotadas pelas mulheres estudadas aqui. Vejam-se, por exemplo, algumas narrativas que apontam nesta direção:

> *Meu nome todo é Dalva Silva. Porque eu tinha Matos do marido, mas eu tirei esse Matos, porque olha, eu era casada, logo que a gente se separa...pra quê esse Matos? Eu não gosto de Matos, meu nome é Dalva Silva, é o nome de solteiro, e acabou (...) [*Quando separou se mudou para Salvador*] Aí foi que eu nem voltei mais. O que é que eu ia fazer lá (*no interior*)? Lá não tinha trabalho não, não tinha dinheiro pra se viver, não dava. Eu gostava, mas não dava mais pra eu viver... Eu sempre gostei muito daqui, desde quando eu vinha, às vezes, com minha prima pra dar um passeio, Gostava, sabe?... Eu nunca me senti sozinha. Hoje em dia, eu me sinto só, mas antes eu nunca me senti sozinha, eu era cheia de amigas, todo mundo me procurava, sei lá, não faziam nada sem minha presença. (...) Foi melhor (*a mudança*), porque eu aprendi mais a viver, a enfrentar. Eu era muito submissa, uns pessoal parado, esmurecido. Não tinha ânimo pra nada, ficava com os filhos no couro, sentada, ficava com aqueles filhos tudo perto de mim: chorava, cantava, tudo que me pediam pra cantar eu ficava cantando, a situação tava naquela... Aqui eu aprendi mais a viver. Se naquele tempo que marido, que eu me casei (...) eu não saia, não tinha nada de ninguém dizer. "Ah, porque que você tem que seguir seu marido, porque que seu marido..." Ah, não é por aí, agora não, há muitos anos atrás que eu venho dizendo isso: como eu aprendi com o homem! Naquele tempo eu tava abestalhada.* (Dalva)

> *Ele me deu uma casa, eu disse a ele que não queria, nem para a filha dele, eu nunca quis... A ajuda era minha cabeça, minha cabeça decidiu era isso mesmo (*separar*), minhas amigas me davam muito conselho, que eu não me separasse, que era gente que tinha recursos. Mas só que eu não gostava, não tinha conselho... Nunca senti falta, graças a Deus. (*O tempo separada*)... foi um período bom, maravilhoso, trabalhava pra me manter, trabalhava pra minha mãe, que minha mãe tomou minha filha, que não queria que eu trouxesse minha filha...* (Guiomar)

Duas observações devem ser feitas no que toca a extensão das conclusões de Miles para o presente estudo. Em primeiro lugar é preciso não esquecer o contexto sócio-cultural próprio em que se desenrolam e ganham sentido as trajetórias. Assim a análise deve caminhar rumo a identificação das situações que efetivamente contam como crise e conflito para as mulheres de classe popular aqui estudadas e dos projetos e práticas desenvolvidos para solucionar tais situações. Em segundo lugar é preciso levar em conta que na trajetória das mulheres que participaram deste estudo existe outro tipo de situação fragilizadora (que não foi analisada aqui), frente a qual o sentimento característico é o de impotência acompanhado por atitudes de revolta ou conformação e adaptação mediante um distanciamento paulatino. É o caso das experiências relativas ao cuidado de doentes crônicos e/ou de morte de pessoas próximas. Estes sentimentos são mais dolorosos e acentuados quando associados a fatalidades inesperadas como são os inúmeros relatos das mortes violentas presenciadas nas portas das próprias casas. Estas mortes não são de desconhecidos, geralmente trata-se de um filho, marido, parente ou amigo próximo e parecem acontecer frequentemente, no dia a dia destas mulheres, imersas em um mundo onde a miséria e a violência parecem ter um caráter mais institucionalizado e rotineiro.

A intenção deste trabalho foi dar voz às mulheres de modo a não apenas identificar fatos mas compreender as perspectivas e nuances a partir dos quais estes fatos são vividos. Partir das falas, dos relatos das mulheres acerca de suas vidas, além do mais, nos permite vislumbrar aspectos relativos a construção mesma de sua identidade, de um senso de si mesmo que emerge a partir dos própria história contada. A linguagem, sistema de signos mais importante da sociedade, faz mais real minha subjetividade para mim e para o meu interlocutor. Ela tem a capacidade de cristalizar e estabilizar minha subjetividade e esta capacidade persiste, ainda que de forma modificada quando a linguagem se separa da situação cara a cara (os homens precisam falar de si mesmos até conhecerem-se a si mesmos). Este ponto precisa ser levado mais a sério nos estudos sobre a subjetividade feminina.

Também se intencionou demonstrar com este texto, algumas pistas rumo a construção de caminhos de análise distintos tanto daqueles tradicionalmente tri-

lhados pelas abordagens epidemiológicas de "fatores sociais de risco", que ao preocupar-se com eventos (fatores) perdem de vista a dimensão dos processos de construção de sentido, quanto daqueles empreendidos a partir de um enfoque psicanalítico, usualmente presos a categorias interpretativas próprias a experiência do gênero feminino em classes mais abastadas. Ambas abordagens, embora importantes para a análise do problema mental, tendem, por razões diferentes, a negligenciar a compreensão do contexto sócio-cultural no estudo dos problemas e situações fragilizadoras na experiência de mulheres de classe trabalhadora.

Se bem que neste artigo ainda não se explicitou suficientemente as maneiras específicas como as mulheres nervosas de classe trabalhadora da nossa realidade interpretam e resolvem seus conflitos, as suas narrativas oferecem um sem número de elementos e pistas nessa direção. Um primeiro aspecto a se ressaltar na análise aqui proposta é a importância conferida a dimensão temporal, incorporada no conceitos de experiência e trajetória. Não são eventos ou fatores isolados que afetam a vida desta mulheres, mas processos, conjuntos deles, e o sentidos que emergem da sua vivência. As narrativas das mulheres apresentadas apontam para o surgimento de uma serie de questões e formas de interpretar o curso da doença, que parece ser bastante especifico a sua condição social e de experiência e que não podem ser reduzidos às questões do gênero feminino em geral.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Míriam Rabelo a sua sempre criteriosa leitura, seus valiosos comentários e uma pincelada no estilo desse artigo.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA-FILHO, N. (1982). The psychosocial costs of development: labour, migration and stress in Bahia, Brazil. *Latin America Research Review* 17: 91-118.

ALMEIDA-FILHO, N. (1987). *Migration and mental health in Bahia, Brazil.* Caja de Ahorros de Aragon, Zaragoza, Spain.

ALVES, P. C. (1994). O Discurso sobre a Enfermidade Mental. In P. C. Alves e M. C. Minayo (orgs), *Saúde e Doença: Um Olhar Antropológico*. Rio de Janeiro: Fiocruz, pp. 91-100.

ALVES, P. C & RABELO, M. C. (1995). Significação e metáforas: aspectos situacionais no discurso da enfermidade. In A. M. R. Pitta (org.), *Saúde & Comunicação: Visibilidades e Silêncios*. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, pp. 217-235.

BARROSO, C. (1978). Sozinhas ou mal acompanhadas: a situação das mulheres chefes de família. *Anais do I Encontro Nacional de População.* ABEP, Campos de Jordão.

BERGER, P. e LUCKMANN, T. (1983). *La construcción social de la realidad.* Buenos Aires: Amorrortu.

BLEGER, J. (1963). *Psicologia de la conducta.* Buenos Aires: Ed. Eudeba.

BOLLES, A. L. (1985). Economic crises and female-headed households in urban Jamaica. In Nash e Sefied (eds), *Women and change in Latin America.* Massachusetts: Bergim & Garvey.

BROWN e HARRIS (1978). *Social Origins of Depression.* London: Tavistock.

BURIN, M (org.) (1987). *Estudios sobre la subjetividad femenina: mujeres y salud mental.* GEL, col. controversia, Argentina

CAETANO, R. (1982). Admision de primer ingreso a los servicios psiquiatricos en Brasil. *Bol.of.Sanit.Panamer.* 92(2): 102-114.

CASTRO, M. G. (1990). Mulheres chefes de família, esposas e filhas pobres nos mercados de trabalho metropolitanos (regiões metropolitanas de São Paulo e Salvador, 1980). *Anais do 7 Encontro Nacional de População.* ABEP, São Paulo

COUTINHO, D. M. (1974). Prevalencia de doenças mentais em uma comunidade marginal: Um estudo do Maciel. Tese de Mestrado, UFBA (Mimeo.).

GOLDANI, A. M. (1994). Retrato de Família: o caso do Brasil. Trabalho apresentado no XVIII Encontro Anual da ANPOCS, GT "Família e Pobreza no Brasil Metropolitano: um balanço dos anos 80". Caxambu, Minas Gerais (Mimeo.).

GRAHAM (1984). *Women, Health and the Family.* Brighton ,Sussex: Wheatsheaf Books

HITA, M. G. (1996). Processos sócio-culturais e problemas de natureza mental em mulheres pobres de Salvador. Trabalho apresentado na XX Reunião Brasileira de Antropologia, GT "Antropologia do Corpo, Saúde e Doença". Salvador, Bahia (Mimeo.).

HITA, M. G. (1997). Saúde mental e processos de fragilização na trajetórias de mulheres de classe trabalhadora urbana: mulheres "nervosas" na pobreza, perspectivas de emancipação feminina? Relatório final de pesquisa para a Fundação Carlos Chagas, 101 p.

HITA, M. G. e ALVES, P. C. (1995). Processos de Fragilização e Saúde Mental das Mulheres. Artigo apresentado no XIX Encontro Anual da ANPOCS, GT "Pessoa, Corpo e Doença". Caixambu, Minas Gerais (Mimeo.).

HORNEY, K. (1985). *Nuestros conflictos interiores.* Buenos Aires: Ed. Psique.

JELIN, E. (1994). Las famílias en América Latina. In C. Salinas & M. León., *Famílias siglo XXI.* Santiago de Chile: ISIS Internacional,.

KAES, R. (1977). *El aparato psíquico grupal.* Barcelona: Granica.

MARI, J. J. (1987). Psychiatric morbidity in three primary care clinics in the city of São Paulo: issues on the mental health of the urban poor. *Social Psychiatry* 22: 129-138.

MILES, A.(1988).Women and mental illness: the social context of female neurosis. Brighton: Wheatsheaf Books Ltd.

NEUPERT, R. (1988). Os arranjos domiciliares das famílias matrifocais. *Anais do VI Encontro Nacional de População*, ABEP. São Paulo

OAKLEY, A. (1974). *The Sociology of Housework*. Oxford: Martin Robertson.

OLIVEIRA, M. C. (1992). Família e modo de vida nas classes trabalhadoras em S.Paulo. *Anais do V Encontro Nacional de População*, ABEP. São Paulo

RABELO, M. C. (1997). Saúde Mental: agências terapêuticas e redes sociais. Relatório final de pesquisa para o CNPq, Salvador, Ba. (Mimeo.)

RABELO, M.; SOUZA, I. e ALVES, P. C. (1995). The many meanings of mental illness among the urban poor in Brazil. In T.Harpham e I.Blue (eds.), *Urbanization and mental health in developing countries*. Aldershot, UK: Ashgate.

REICHENHEIM, M. e HARPHAM, T. (1991). Maternal mental health in a squatter settlement in Rio de Janeiro. *British Journal of Psychiatry* 159: 683-690.

ROSENBERG, M. G. (1984). The Home is the Workplace. In W.Chavkin (ed), *Double Exposure*. New York: Monthly Review Press.

RUSSELL, D.(1995). *Women, madness and medicine*. Cambridge: Polity Press.

SCOTT, P. (1990). O homem na matrifocalidade: gênero, percepção e experiências do domínio doméstico. *Cadernos de Pesquisa* 73. São Paulo

SCHUTZ, A. & LUCKMANN, T. (1973). *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu.

TINKER, I. e BRAMSEN, B. (1977). *Women and world development*. Washington DC: Overseas Development Council.

WEISSMAN, M. e KLERMAN, G. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry*, 34.

NOTAS

[1] Ver análise do conceito de experiência em Alves (1993) e Alves e Rabelo (1995).

[2] Segundo Berger e Luckmann (1983), a sociedade, a identidade e a realidade se cristalizam subjetivamente no mesmo processo de internalização, que corresponde à internalização da linguagem. A socialização primária (na infância) se implanta na consciência com muito mais firmeza do que a secundária, porque aparece para o infante como o único mundo existente e não um possível entre outros (impossibilidade de escolha). Na socialização secundária se dá a internalização de submundos institucionais, o que envolve identificação subjetiva com papéis e suas normas apropriadas. São precisos fortes impactos biográficos para desintegrar a realidade massiva internalizada na primeira infância, mas tais impactos podem ser bem menores para destruir as realidades internalizadas mais tarde. Isto possibilita separar uma parte do eu e sua realidade concomitante

como algo que seja pertinente somente à situação específica do papel em questão (a denominada "distância de papel" de E. Goffman, correspondente a internalizações secundárias).

[3] Schutz entende o mundo da vida cotidiana como o âmbito da realidade onde se pressupõem as atitudes de sentido comum de forma inquestionável, válida e a-problemática até novo aviso. Este pressuposto pertence ao campo do familiar, e é isto que permite aos indivíduos lidar com os conflitos da vida cotidiana que questionam a rotina, mediante a ativação do acervo de conhecimentos anteriores dos sujeitos (o processo de generalizações, classificações e tipificações das condutas pelo senso comum). Neste sentido, nem tudo que é questionável da rotina é intrinsecamente problemático para Schutz. O problema propriamente dito, algo mais que um mero questionamento, surge como uma interrupção da sucessão rotineira de experiências não problemáticas. Isto acontece quando a experiência atual não é simplesmente classificável em um esquema de referência típico, dentro do acervo de conhecimento do sujeito; ou quando uma nova motivação situacional induz o sujeito a questionar o tipo estabelecido, exigindo-lhe explicitações que o contradizem. É assim que a incongruência com a experiência anterior pode levar o sujeito a uma ruptura do caráter pressuposto tipificado que passa a ser questionado. A exigência de uma re-explicitação da experiência interrompe a cadeia de evidências, tornando problemático o núcleo da experiência que tinha sido admitida até então como evidente (Schutz e Luckmann, 1973).

[4] Neste sentido, podemos dizer que a identificação dos recursos disponíveis em um determinado grupo ou comunidade para a contenção de tais estados é particularmente importante.

[5] Caetano (1982) mostrou que as mulheres urbanas têm uma maior incidência de psicoses afetivas e neuroses que os homens. Vários outros estudos em áreas urbanas de baixa renda têm comprovado maior prevalência de morbidade psiquiátrica entre as mulheres (Coutinho, 1974; Almeida-Filho, 1982, 1987; Scott. 1990; Mari, 1987; Reichenheim and Harpham, 1991). Estes estudos também sugerem associações entre problemas mentais das mulheres e fatores tais como migração, ocupação e status marital. Nesta última direção se aponta que mulheres de classe trabalhadora que desempenham o papel de chefe de família (mães solteiras ou familias monoparentais) com menor acesso a recursos - fenômeno crescente no terceiro mundo - têm conseqüências sérias na saúde mental das mulheres (v. Tinker & Bramsen, 1977; Barroso, 1978; Bolles, 1985; Neupert, 1988; Castro, 1990; Oliveira, 1992; Goldani, 1994; Jelin, 1994).

[6] Citados em Burin, 1987.

[7] Nesta direção tem-se apontado para certas diferenciações sobre seu caráter endógeno em alguns casos (tendendo a maiores explicações biológicas de causação) ou reativo para outros casos (tendendo a explicá-la por estressantes sociais). Outra distinção importante no campo psiquiátrico refere a casos mais "graves" de depressão, maníaco-depressivas, ou mais "suaves", as chamadas distemias. Equivocado seria tentar fazer uma correlação direta e perfeita entre o primeiro tipo de divisão e a segunda, o fenômeno se complexifica e dificulta uma adequada medição e classificação. Então, seria a depressão uma doença? Ela é provocada por fatores externos ou resultado de um misterioso processo interno? A tentativa de operar distinções com base em sua dual natureza apresenta em si mesma uma contradição. Para alguns autores somente a catalogada como grave deveria ser entendida como depressão ("doença") e não deveria ser confundida com a suave. A questão que surge neste sentido consiste em como distinguir o tipo suave do grave se os sintomas utilizados no DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1987) são tão próximos. Para outros especialistas a depressão seria um distúrbio de ordem afetivo e seu principal sintoma a alteração do humor (incluindo as duas variações). De uma forma ou outra há uma certa relutância em deixar de considerar a depressão uma doença por parte da medicina que vê este campo, tradicional-

mente do seu dominio, ameaçado pela "invasão" do olhar antropológico e sociológico, que tendem a tomá-la como um problema de ordem social mais do que médico (Russel, 1995).

[8] Trabalhos citados em Russel, 1995.

[9] Estes dois últimos trabalhos citados em Miles (1988).

[10] Os dados foram produzidos a partir da pesquisa *"Processos de Fragilização e Proteção à Saúde Mental de Mulheres de Classe Trabalhadora"*, que se propôs investigar o significado de algumas experiências fragilizadoras e /ou protetoras à saúde mental de mulheres de camadas populares urbanas na cidade de Salvador, ao longo do curso de suas vidas. A pesquisa foi realizada sob a coordenação do Dr. Paulo César Alves (principal investigador) e Maria Gabriela Hita, com financiamento de CNPq e Fundação Carlos Chagas. A análise que se segue, entretanto, é fruto de uma reflexão própria que venho desenvolvendo sobre os dados produzidos pela equipe integrante da pesquisa.

[11] Para descrição do "nervoso" ver também Rabelo et al. (1995).

[12] Foi realizada análise comparativa destes contingentes a partir de informações sobre a história de vida sintetizada de 120 mulheres de um bairro popular em Salvador, das quais 19 foram identificadas pela pesquisa como sofrendo nervoso. Uma primeira versão desta análise encontra-se em Hita (1996) e uma final e corrigida em Hita (1997).

[13] Cinco mulheres não localizaram a causa dos seus problemas na infância, descrevendo suas principais crises de nervoso após o casamento. Entretanto, ao se fazer uma análise estrutural deste período de suas vidas observa-se que passaram por eventos adversos muito similares àqueles vividos pelas demais como adoção, separação dos pais e maltrato infantil.

[14] Seis das que voltam a se unir (e não 7) explicitaram queixas de desgaste conjugal. A sétima passou por mais de 4 uniões mas não explicitou na sua narrativa o desgaste conjugal como elemento fragilizador ou marcante do seu nervoso. É importante lembrar que não falar do problema não significa necessariamente que ele não tenha existido, mas para fins analíticos foram excluídos os relatos onde certas situações não foram selecionadas pela entrevistada.

[15] Provavelmente motivados ou aumentados pelos desencontros de expectativas e dificuldades de comunicação entre homem e mulher e pela sobrecarga de trabalho e falta de recursos característicos de casais em formação, onde o cuidado de crianças pequenas, como aponta a literatura, pode propiciar sentimentos de depressão e baixa autoestima.

O CORPO QUE SABE
DA EPISTEMOLOGIA KAXINAWÁ PARA UMA ANTROPOLOGIA MÉDICA DAS TERRAS BAIXAS SUL-AMERICANAS

Cecilia McCallum

INTRODUÇÃO

Este artigo discute a compreensão indígena de conhecimento e corpo, e defende que, entre os Kaxinawá, povo da Amazônia a ser examinado aqui, o corpo é visto como uma entidade individual formada – em termos indígenas, 'desenvolvida' – através do conhecimento. Este conhecimento é transmitido, de diferentes formas materiais, espirituais e lingüísticas, por pessoas que o adquiriram de outras e, como tal, está socialmente fundamentado e permeado por ressonâncias de gênero, parentesco e moral. No pensamento kaxinawá, conhecimento e corpo coexistem tão intimamente que qualquer distúrbio sofrido por um pode ter conseqüências calamitosas sobre o outro.

Um estudo sobre a natureza desta interdependência entre conhecimento e corpo no pensamento e na prática kaxinawá nos dará um entendimento mais amplo sobre a visão que este povo tem de doença e cura. Eu defendo que estes assuntos 'médicos' são acessíveis *apenas*, neste contexto etnográfico, quando fica claro o relacionamento entre conhecimento e corpo. Um estudo deste tipo tem implicações mais amplas para o desenvolvimento de uma antropologia crítica sobre o corpo, tanto nesta região como em geral.

Este artigo mostra como os Kaxinawá tratam o corpo como uma entidade em contínuo estado de criação fora do ambiente e através ação de outras pessoas. Para isto, o artigo descreve como o corpo kaxinawá é formado e é 'feito crescer' por intervenção externa. Este 'fazer crescer' (*yume wa*) inclui a cura e o tratamento do corpo com certas plantas 'medicinais' (*dau.*). Através de uma análise do conceito *dau*, o artigo revela como o crescimento físico e o desenvolvimento mental e emocional estão interligados no pensamento kaxinawá. Em particular, o artigo mostra como na epistemologia kaxinawá o conhecimento se acumula e incorpora-se ao corpo e seus órgãos ao longo da vida, à medida que este entra em contato controlado com aspectos do ambiente e suas formas materiais, verbais e, às vezes, espirituais. Este conhecimento incorporado é feito da relação entre os

espíritos da pessoa (*yuxin*), especialmente aquele conhecido como o 'espírito do corpo' (*yura yuxin*), e suas habilidades físicas, e suas capacidades mentais e emocionais. De fato, a 'etno-epistemologia' dos Kaxinawá estabelece uma série de relações entre matéria exterior e certos tipos de discurso, sua transformação em conhecimento no corpo e a exteriorização deste conhecimento em ações importantes, potencialmente sociais. Esta série de processos interrelacionados constituem o "corpo kaxinawá".

Este ponto merece um aparte. A etnografia analisada neste artigo é um exercício de interpretação. Neste trabalho, não afirmo nada além de que, durante os nove anos (1983 a 1992) e as muitas visitas, absorvi algo da 'visão de mundo' dos Kaxinawá – o suficiente para organizar e filtrar os 'dados' coletados no curso de minha pesquisa. Assim, não peço desculpas por parecer às vezes que apresento 'os Kaxinawá' como uma cultura homogênea e histórica: minha própria percepção do que realmente vale para todos os Kaxinawá se manifesta de uma forma ou de outra. Esta percepção está clara no termo 'interpretação', mas, ainda assim, baseia-se em experiência incorporada com tudo isto. De maneira alguma esta postura deve ser tomada como um desrespeito à diversidade de experiência ou opiniões entre os Kaxinawá, nem como uma negação da natureza solidamente histórica da sua ordem social.[1] Eu aceito como dado o fato de que esta diversidade e historicidade existem - da mesma forma como o fazem movimentos filosóficos maiores, baseados tanto em práticas cotidianas mundanas como em rituais ou religiões.

Este artigo também representa uma contribuição à antropologia médica, embora não tome como ponto de partida a bibliografia médica antropológica da região, fazendo parte, em vez disso, de uma série de novos estudos etnográficos de americanistas de formação britânica que se concentram em pessoa e gênero nas terras baixas sul-americanas (Gow, 1989, 1991; McCallum, 1990, 1989; Overing, 1988, 1993; Belaunde, 1992). Estes estudos baseiam-se em trabalhos anteriores sobre a região, mas também assumem uma postura crítica em relação a algumas suposições como a universalidade das diferenças entre natureza e cultura, corpo biológico e indivíduo social, ou domínio doméstico e superestrutura social. O interesse destes trabalhos coincide, assim, com o de um número cada vez maior de pesquisadores que, segundo Margaret Lock, "esforçou-se explicitamente para situar o corpo enquanto produto de contextos sociais, culturais e históricos específicos; que se envolveu em debates sobre natureza/cultura e mente/corpo (...) ou que se agarrou à poética e à política da produção e reprodução do corpo" (Lock, 1993:134).

Sem ocupar-me explicitamente da desconstrução das "dicotomias ocidentais" na parte principal deste artigo, a interpretação etnográfica baseia-se implicitamente nesta postura.

O artigo divide-se em várias seções. A primeira oferece uma visão geral de como o corpo é tratado na etnografia regional, enquanto a segunda traz uma in-

trodução sobre o povo Kaxinawá. As seções 3 a 6 discutem o relacionamento entre conhecimento e corpo no entendimento Kaxinawá. A conclusão retorna aos pontos colocados nesta introdução, sugerindo a necessidade de integrar-se as duas diferentes abordagens ao corpo contidas na 'análise social' por um lado e na 'análise médica' por outro.

O "CORPO" NA ANTROPOLOGIA DAS TERRAS BAIXAS SUL-AMERICANAS

Na literatura sobre as terras baixas sul-americanas, já foi bastante observada a particular importância do relacionamento entre corpo e seu ambiente material, social e espiritual para a análise da organização social. Considera-se, em geral, que o corpo não cresce naturalmente, nem funciona de uma forma análoga a um 'modelo biológico'. O pensamento kaxinawá pensa o corpo como sendo afetado e construído por diferentes processos materiais que ocorrem perto ou dentro de seus corpos, como no *couvade* (Rivière, 1974; Gregor, 1977 e 1985) e nas 'relações de substância' de forma mais geral (Da Matta, 1982; Seeger et al., 1987).[2] Estudos de teorias e práticas de concepção, parto e criação de filhos trazem provas surpreendentes de como o corpo depende de processos externos. No Alto Xingú, por exemplo, os adolescentes passam por longos períodos de reclusão ao longo de vários anos, sendo submetidos, durante estes períodos, a processos tais como tratamento com eméticos, sangrias e escarificações. Todos estes procedimentos fazem parte do processo de desenvolver um adulto forte, habilidoso e bonito (Basso, 1973; Gregor, 1977). A análise mais clara e sucinta deste processo é de Viveiros de Castro (1987). Ele diz:

> "*o corpo humano precisa ser, periodicamente, submetido a processos intencionais de construção. As relações sexuais entre os pais de um futuro indivíduo são apenas o momento inicial desta tarefa. E tal construção é concebida principal, mas não exclusivamente, como uma combinação sistemática de intervenções sobre as substâncias que ligam o corpo ao mundo: fluidos corporais, alimentos, eméticos, fumo, pigmentos e óleos vegetais*" (Viveiros de Castro 1987: 31).

Viveiros de Castro prossegue, enfatizando que as transformações físicas produzidas por tais intervenções são, ao mesmo tempo, mudanças na identidade social. O corpo é feito para crescer, e através deste processo, a posição social do indivíduo é modificada: "Desta forma, a natureza humana é literalmente fabricada, modelada, pela cultura" (Ibid:32). Erikson (1990) mostra como o corpo dos Matis é 'feito crescer' por intervenções constantes sobre e dentro do corpo – ornamentação, perfuração, tratamento com plantas medicinais, espancamento por 'espíri-

tos' e tatuagens, em estágios que começam no nascimento e vão até a idade madura. Tais procedimentos são considerados parte dos processos fisiológicos normais, e não opostos a eles, e são essenciais à formação da identidade social dos Matis.

Estes dados sugerem ser preferível, em uma descrição de corpo nesta região, abandonar termos como 'biológico' ou 'natural'. Ainda assim, muitos antropólogos usam um conceito de 'corpo biológico' a fim de alcançar seu objetivo principal, a análise da estrutura e organização social e/ou a construção do indivíduo social. Este é, por exemplo, o caso de Turner (1980) e Howard (1991), que escreveram respectivamente sobre os povos Gê (particularmente, os Kaiapó) do Brasil Central, e os Waiwai do Norte do Brasil. Estes dois escritores acham que no entendimento dos povos por eles estudados, o corpo é tratado como uma entidade não-histórica, biológica ou 'natural' à qual uma 'pele' ou *personae* social pode ser acrescentada (lembrando uma ilustre tradição na antropologia social, pelo menos desde Van Gennep.[3] Seeger *et al.*(1987), seguindo as teorias de análise do indivíduo, e particularmente inspirado nas etnografias dos grupos Gê do Brasil Central, escrevem sobre 'um certo dualismo da identidade humana' nas terras baixas:

Este dualismo, geralmente associado à polaridade homem/mulher, morto/vivo, criança/adulto, é reduzido, na sua versão mais simples, a uma combinação de oposições cuja matriz é: individual (sangue, periferia da aldeia, mundo cotidiano) em oposição a coletivo ou social (alma, nome, centro, vida ritual) (Seeger *et al.* 1987: 22-23).

O corpo, nesta perspectiva, incorpora tanto elementos biológicos como sociais, os primeiros concebidos como fisicamente interiores (sangue), e os últimos como mística ou simbolicamente 'sobre a pele' ou acrescentados ao corpo (nome, alma). Os aspectos espirituais ou simbólicos são considerados como 'sociais' e impostos pelos aspectos biológicos e cotidianos.[4]

De fato, é bastante difundida esta tendência que analisa o corpo principalmente em termos do seu potencial simbólico, baseado na oposição conceptual entre indivíduo biológico e social. Em um dos mais completos e inspirados tratamentos dados ao assunto, Christine Hugh-Jones (1979) ao escrever sobre os Barasana do nordeste da Amazônia, examina o corpo como um elemento nos processos materiais (fisiológico, sexual, de ciclo de vida, produtivo) que constitui a vida cotidiana comunitária e sustenta a vida ritual. Hugh-Hones (1979) analisa a teoria e a prática dos processos universais, 'naturais', dos Barasana. Na sua análise, estes processos são a infra-estrutura ao redor da qual os Barasana erigem um extraordinariamente edifício de significado simbólico. O principal interesse de Hugh-Jones, como o de Seeger *et al.*, é analisar a estrutura e processo social, tratados como analogamente relacionados, e ainda assim independentes, aos processos 'naturais' que examina minuciosamente, o que faz de forma brilhante em uma análise estruturalista de denso simbolismo.

Uma outra abordagem à análise da organização social trata o corpo não como o 'portador' biológico do simbolismo social, e sim como o sítio de construção da vida social. Processos fisiológicos tais como consumo de alimentos ou sexualidade são considerados processos sociais básicos. (Gow, 1989 e 1991; McCallum, 1989; Belaunde, 1992; Overing, 1988 e 1993.)

A literatura médica antropológica sobre as terras baixas sul-americanas também é uma rica fonte de discussões sobre corpo. Nesta bibliografia parecem haver dois focos principais, a discussão sobre doenças e/ou processos de cura, particularmente o xamanismo.[5] Como no estudo pioneiro do xamanismo Yagua (Chaumeil 1983), estas duas abordagens tratam o corpo do paciente como uma composição relativamente simples de matéria e espírito(s), enquanto que o corpo do xamã é examinado com um interesse muito maior. Exemplos destas duas abordagens aparecem em uma publicação recente – Buchillet (1991). Assim, Gallois (1991) investiga o processo de diagnose e o 'itinerário terapêutico', para, então, discutir a etiologia da doença e a cura xamânica.[6] Os artigos desta publicação tendem a tratar o corpo do paciente em termos de uma dicotomia física/espiritual, de forma que, enquanto as plantas medicinais e os medicamentos farmacêuticos curam problemas físicos, o xamanismo cura problemas espirituais. O corpo é tratado principalmente ou como um objeto de cura (o paciente) ou como um instrumento de cura (o curandeiro), com o centro das discussões sendo ocupado por práticas xamânicas ou fitoterapêuticas, nosologia, categorias e etiologia de doenças, e outros, enquanto a natureza do corpo em si ocupa uma posição menos importante.

Não é minha intenção insistir demasiadamente nesta questão. Minha proposta neste artigo é lidar, primeiramente, com a construção do corpo, sua relação com o ambiente e o conhecimento, e então partir para discutir doença e cura. Através deste procedimento analítico, demonstro que no contexto kaxinawá tal visão integral do corpo é uma condição necessária para uma possível antropologia médica. Este raciocínio já foi claramente representado em outras etnografias. Por exemplo, sabe-se que os Yagua não opõem o somático ao mental, considerando que a "doença afeta simultaneamente o corpo e o espírito... afetando a totalidade do ser" (Caumeil, 1983:265). Deste modo, embora seja possível descrever convenientemente doença ou cura – do ponto de vista xamânico ou médico, natural ou sobrenatural, material ou espiritual – não podemos negar que estes termos ocorrem em um corpo visto como uma totalidade integrada onde matéria e espírito não são necessariamente opostos, o que é verdade tanto para corpos humanos como para outros seres vivos. Brown afirma a este respeito para os Aguaruna: No seu mundo, "pensamento, matéria e energia se interpenetram; estes fenômenos não são mutuamente excludentes" (Brown 1986:66). Por esta razão a tecnologia biomédica, como injeções, por exemplo, pode ser usada juntamente com técnicas xamânicas de cura. Brown demonstra que existe uma ligação

clara entre corpo e conhecimento ou 'pensamento' no imaginário Aguaruna. Portanto, parece que estamos lidando com um fenômeno que abrange toda uma região, não sendo apenas um caso etnográfico específico.

OS KAXINAWÁ (HUNI KUIN) EM CONTEXTO

Os Kaxinawá, ou 'Huni Kuin' (Pessoas Reais; Seres Humanos) como preferem ser chamados, são um povo de língua Pano que habita o estado brasileiro do Acre e a nascente do Rio Purús, no Peru,[7] chegando a 5000 indivíduos no total. Vivem de agricultura de coivara, caça e pesca, além de produzirem borracha, artesanato e alguns produtos alimentícios que são vendidos em centros urbanos regionais.

Os Kaxinawá tem tido níveis variados de contato colonos e exploradores não-indígenas desde o final do século passado. Durante aquele tempo, a maioria dos Kaxinawá foi transferida da sua terra natal, empurrada por colonos que coletam borracha nativa, abundante no Acre. Os Kaxinawá se espalharam por uma área extensa, alguns mantendo relações próximas aos 'brancos', trabalhando no sistema de coleta de borracha, e outros tentando evitá-los.[8] Como resultado, alguns Kaxinawá se sentem mais à vontade falando português, enquanto que outros sabem falar apenas Hancha Huni Kuin (idioma Pano). A história de cada grupo atual é, assim, diferente – embora em diversos momentos históricos os laços intra-raciais tenham sido reativados, e visitas, casamentos e movimentos migratórios tenham assegurado que os Kaxinawá se considerem, na maioria dos contextos, um povo. Esta identidade é reforçada, entre outras práticas, pelo sistema onomástico de gerações alternadas ligado como é a um sistema de casamento do tipo Kariera baseado na exogamia entre metades.[9] A endogamia Kaxinawá ainda é o padrão majoritário e o monolingualismo está crescendo em algumas áreas.[10]

Desde a metade da década de 70, os líderes dos Kaxinawá brasileiros têm se tornado cada vez mais hábeis no contato político necessário à defesa dos seus direitos à terra. Para isto eles precisam viajar com freqüência a Rio Branco, capital do Acre, ou até mesmo mais longe, a Brasília, capital do país. Em muitas áreas, as tentativas de se criar cooperativas indígenas durante os anos 80 resultou em grande atividade e fortalecimento político, mesmo em face das inevitáveis dificuldades econômicas. Durante esta década, um programa de alfabetização para formar professores kaxinawá bilíngües resultou na criação de um amplo programa educacional, incluindo o treinamento de alguns 'médicos descalços'. Como esperado, esta medida veio como conseqüência de uma precária (e deteriorante) situação de saúde nas áreas indígenas do Acre.

Assim como com outros grupos da Amazônia, estes povos foram severamente afetados pelo contato com patógenos não-indígenas, de forma que a maior

parte da população Kaxinawá dos meados do século dezenove foi provavelmente dizimada por epidemias. Kensinger (1974), um antropólogo social que trabalha com os Kaxinawá peruanos desde os anos 60, estima que quatro quintos da população adulta da área morreram no ano de 1951. A atual situação de saúde continua precária: a mortalidade infantil é alta e doenças como tuberculose continuam crescendo. A reação dos Kaxinawá aos diversos problemas de saúde que os afetam é variada. No passado, alguns grupos buscavam um maior isolamento dos efeitos prejudiciais do contato com o "homem branco". Cada vez mais, porém, eles buscam um maior acesso aos 'remédios do branco' (C. *nawan dau*) e, em casos de urgência, procuram instituições e médicos.

Na visão kaxinawá, problemas físicos relativamente novos, como dor e doenças, exigem, para sua cura, novas substâncias materiais e novas formas de conhecimento. Esta reação deve ser colocada no contexto do entendimento indígena da relação entre matéria (como 'remédio') e conhecimento no corpo. A próxima seção analisa como esta relação acontece durante o processo de concepção, gravidez, parto e crescimento.

O CORPO

É no corpo kaxinawá, um corpo definido por fatores externos a ele, que os processos sociais e sobrenaturais se misturam, sendo feitos por outros indivíduos em um fluxo contínuo que envolve alimentação, restrições alimentares, aplicação de remédios, pintura corporal, batismos rituais e treinamento formal.[11] Os Kaxinawá vêem este fluxo como parte das relações de parentesco e afinidade (consangüinidade), e o crescimento saudável de uma criança depende dos laços com seus parentes próximos, até que ela atinja uma idade a partir da qual poderá também contribuir para o desenvolvimento de outra pessoa, especialmente o próprio cônjuge ou filhos. Trabalho e sofrimento, necessários para o desenvolvimento de outros, levam ao declínio e à perda do vigor e da juventude. Ao cuidar de outros, a pessoa perde suas capacidades, e passa a depender, mais uma vez, de seus parentes, desta vez filhos, netos e bisnetos.[12]

A forma e a natureza de um corpo é determinado, desde o início, por intervenções externas. Em 1990, entrevistei Zeca, um jovem Kaxinawá bilíngüe da região do Purús, em treinamento em Rio Branco para 'médico descalço'.[13] Falando português, pedi que explicasse a teoria kaxinawá da procriação. Ele respondeu, não sem um toque de humor:

> "*Para gerar uma criança... Primeiro você tem que fazer amor com sua esposa. Se ela quiser fazer uma criança imediatamente, ela tem que pedir ao fitoterapeuta, o remédio para fazer um bebê*". (Fita 14)[14]

Como todos os Kaxinawá, Zeca dá prioridade à relação sexual como o meio físico para se gerar (*ba*) um filho. A repetição do ato sexual constrói, progressivamente, o feto, de tal forma que se uma mulher tem vários amantes, a paternidade física é considerada múltipla. Aqui Zeca explica que um recurso adicional, porém importante, para a procriação, é o uso de certos remédios (*dau*) conhecidos por especialistas, o *huni dauya* (neste contexto, fitoterapeuta),[15] que podem apressar o processo. Tais plantas, descobri, são também conhecidas por muitas pessoas, que podem ensinar a seus filhos onde encontrá-los na floresta e como utilizá-los. Alternativamente, o *huni dauya* faz isso por eles.

Existem vários tipos de remédios para a procriação. Um deles, por exemplo, é conhecido como 'sêmen de anta' (*awa juda*), o sumo de uma raiz que é espremido sobre a barriga e a vulva da mulher. Este remédio é usado especialmente por mulheres mais jovens que são vistas, em geral, como as que têm maiores dificuldades para procriar. Quando este remédio é usado, a futura mãe deve também seguir restrições alimentares, evitando qualquer alimento 'forte' (*paepa*), como frutas nativas ou medicamentos farmacêuticos. Zeca explicou que quando o casal percebe que a menstruação falhou, eles dizem que 'Ela já está enxertada, já está gerando uma vida'. Contudo, o casal tem que continuar a trabalhar para fazer o feto crescer através de repetidas relações sexuais, de dieta e do uso judicioso de plantas medicinais.

As mulheres têm uma compreensão muito maior sobre as técnicas para a procriação, de acordo com informantes de ambos os sexos. Elas sabem, por exemplo, o melhor dia para procriar. Contudo, esta 'sabedoria de mulher' vai além do conhecimento técnico. O corpo da mulher é também um instrumento de transformação das substâncias necessárias para a construção do corpo da criança. O útero é comparado a uma panela que transforma o alimento cru em 'cozido' – *ba* (cozido, criado, formado). O processo de gerar uma criança também é chamado de *ba* – e o útero parece aquecer a criança assim crescendo ou 'cozinhando' até que ela esteja pronta para nascer. Quando isto acontece, a bolsa se rompe e os Kaxinawá dizem que sem o líquido amniótico a criança corre o risco de passar do ponto (*kui*). 'Suas roupas velhas estão queimando', diz a parteira ou cantadeira durante o parto, como se o ânion fosse a roupa do bebê no útero, agora queimando já que o líquido foi derramado.[16]

Durante o processo de procriação, o homem deve beber muita caiçuma de milho (bebida à base de milho e amendoim) que o ajuda a produzir o sêmen usado para o desenvolvimento do feto. A dieta da mulher, como a do homem, afeta o tamanho e o crescimento do feto. Certos tipos de carne e peixe devem ser evitados, já que cada um afeta o físico e o vigor do bebê de diferentes maneiras negativas.[17] É melhor que a mulher coma carne de animal fêmea. Em um estágio mais avançado da gravidez, ela deve também evitar comer carne de animal macho e começar a usar uma planta medicinal chamada 'Rabo de Rato' (*xuya hina*),

uma folha que após ser colocada em infusão é usada no banho da grávida, para ajudá-la a ter um parto fácil. Usada com maior freqüência, esta planta assegura o nascimento de uma menina. Caso os pais queiram um menino, outra planta medicinal pode ser espremida sobre a língua. Qualquer das duas aplicações deve ser feita enquanto se entoa um canto ensinado pela ancestral rata parteira que ensinou às mulheres todos os passos para se ter uma criança.[18]

Dessa forma, o corpo da criança, desde seu primeiro momento, é construído através da ação humana a partir de elementos retirados do ambiente, tais como plantas ou carne de caça. Estes elementos são transformados ou transferidos por atos constitutivos das relações sociais, como alimentação ou sexo. Cada ato dos pais e de outras pessoas para com o corpo da mulher, dá ao crescimento uma tendência especial, dependendo da substância transferida. Assim, o uso excessivo do remédio para ajudar na fala pode fazer com que a criança se torne demasiado tagarela. Da mesma forma, se a mãe come carne de anta durante a gravidez, o filho nascerá perigosamente grande. Toda a miríade de materiais que invade ou penetra o corpo da criança forma sua individualidade, seja por contato controlado ou simplesmente casual. Cada processo de gerar e criar uma criança assume um caminho único. Cada pessoa é formada por uma mistura única e intrincada da matéria que foi necessária para fazer seu corpo físico.

Antes do nascimento da criança, seu crescimento é intermediado pelo corpo de seus pais. O parto marca uma nova fase, quando o corpo da criança entra em contato mais direto com os elementos do ambiente físico. O recém-nascido, ao final do parto, é lavado em água morna e deitado em uma rede abaixo da qual é colocada uma vasilha contendo carvão quente. Este procedimento destina-se 'a endurecer' o corpo fraco da criança.[19] Depois de uma semana, ela será completamente pintada de preto com jenipapo, o suco de uma fruta nativa que tinge a pele por aproximadamente uma semana, para ajudar no seu crescimento e evitar doenças. Este procedimento será repetido outras vezes pela mesma razão. O crescimento depende, acima de tudo, do consumo de leite materno (oferecido à vontade) e do relacionamento físico íntimo com a mãe. Os pais e especialmente a mãe continuam a evitar certos alimentos como parte do processo de 'fazer crescer' (*yume wa*) a criança. A criança passa a comer alimentos sólidos logo nas primeiras semanas de vida, começando com alimentos doces – cereal preparado de amido de milho – e, depois de várias semanas, banana da terra cozida, passando a comer pedaços de carne ou peixe sem espinha 'quando puder se sentar sozinho'.

Os pais também tratam, periodicamente, o corpo da criança com plantas medicinais, que podem ser usadas como infusão na água do banho, em banhos de vapor ou de fumaça, espremidos para produzir sumos que são colocados na pele, olhos ou boca, ou triturados como pomadas.[20] Estas produzem muitos efeitos, que são considerados como tendo uma ação acumulativa na formação da personalidade da criança e ajudam a endurecer e 'fechar' seu corpo. Zeca explicou:

No início, o corpo, a criança nasce, o primeiro dia de vida, o primeiro ano. Então os mais velhos – a mãe, o pai, os tios, o avô – preparam uma medicina nativa (dau) e dão muitos banhos (com remédios misturados à água), eles vão dando muita experiência com estes banhos. E tem remédio pra não ficar zangado, e remédio pra quem chora demais, e remédio pra dormir bem, pra sonhar bem. Remédio pra afastar o espírito mau da criança, pra assim a criança não pegar doença. Assim a criança fica mais dura/... Quando ela começa a sentar, então ela vai provar carne, vai ter outro gosto. É assim que o ser humano começa a crescer. Se a mãe e o pai tratam bem, dela, quando ela tiver com um ano, vai começar a falar. Começa a brincar e a observar as coisas. As crianças são muito inteligentes, né? (Fita 14)

Assim, o desenvolvimento da personalidade da criança pode ser entendida como um processo material que é dirigido pelo parente adulto. A construção da personalidade através do uso de plantas medicinais é parte de um processo mais amplo, descrito aqui como 'dar experiência', que também protege o corpo fisicamente e o faz desenvolver-se. Ao usar estes termos, Zeca faz uma conexão sutil, porém explícita, entre desenvolvimento mental e físico. Para os brasileiros, experiência é um termo usado, em sentido epistemológico, para se referir às situações novas, a nível de conceitos e percepções, para alguém que viveu um evento: esta pessoa 'sabe algo novo depois deste evento, a nível mental e emocional. Zeca obviamente tem consciência deste uso, porém ele o utiliza com uma conotação particularmente kaxinawá: aqui, 'experiência' não precisa passar por uma 'capacidade mental', sendo suficiente que o próprio corpo seja sujeito aos efeitos diretos do agente ou matéria externa – neste caso, os remédios utilizados.

CONHECIMENTO

Não existe um termo específico kaxinawá que possa ser traduzido como 'conhecimento'. Seu equivalente mais próximo, *unaya*, pode ser definido como 'com sabedoria/aprendizado', de uma forma ativa e não em um sentido atribuído. Em geral, o uso lingüístico em kaxinawá sugere que o corpo acumula progressivamente os efeitos das 'experiências', e que aquilo que podemos tentar tratar como 'conhecimento' é, de fato, mais um processo do que uma categoria fixa. Assim, o conhecimento não é um campo fechado – tudo o que o mundo contém e o corpo encontra pode se tornar conhecimento. O 'conhecimento' não existe de forma separada, externa ao corpo. Em vez disso, é parte íntima de cada corpo em desenvolvimento. Assim, um Kaxinawá diria que uma pessoa 'aprende' e não que alguém 'tem conhecimento'. Contudo, apesar do conhecimento não existir separado do corpo, ele assume uma forma material dentro deste. Neste sentido

material, continuo a usar o substantivo – para referir-me expressamente aos efeitos físicos das experiências vividas dentro do corpo dos Kaxinawá.[21]

Corpos diferentes acumulam 'conhecimento' de formas diferentes dependendo das suas histórias individuais. Aprender (*unan*) e ensinar (*unanma*) envolvem vários processos físicos e sensoriais: visuais, táteis, auditivos e digestivos. Mas todos estes processos incluem a inscrição do conhecimento em partes do corpo. Diferentes tipos de conhecimento situam-se em diferentes partes do corpo. Ken Kensinger, o primeiro etnógrafo Kaxinawá moderno e cujo trabalho moldou todos os estudos posteriores, escreve a propósito da epistemologia Kaxinawá:[22]

> *...homem sábio, huni unaya, tem conhecimento por todo o corpo. Hawen yuda dasibi unaiya, todo seu corpo sabe", dizem eles. Quando perguntei onde especificamente um homem sábio tem seu conhecimento, eles listaram a pele, as mãos, as orelhas, os órgãos genitais, o fígado e os olhos. "O seu cérebro tem conhecimento?", perguntei. "Hamaki, não tem", responderam.* (Kensinger 1992)

Uma pessoa provavelmente não tem conhecimento no cérebro porque (até onde sei) nenhuma função lhe é atribuída, e nenhuma experiência física parece afetá-lo especificamente, diferente do que acontece com a pele, as mãos, as orelhas, os órgãos genitais, o fígado e os olhos. Cada um destes órgãos está relacionado a um processo específico de aquisição de conhecimento e de aplicação prática deste conhecimento.

Kensinger mostra que a sabedoria da pele (*bitxi unaya*) está associada especificamente à 'alma do corpo' (*yuda yuxin*). A alma, ou espírito, do corpo é uma das muitas que habitam o corpo de uma pessoa.[23] De acordo com Kensinger, esta alma forma uma aura invisível em torno da cabeça ou uma segunda e invisível pele. Através da pele, a pessoa sente e assim aprende sobre fenômenos naturais como calor, frio e chuva, como também sobre as plantas, os animais e as árvores da floresta. Assim, a sabedoria da pele é uma experiência não apenas mediada através da, mas também vinculada à pele. A sabedoria de pele do caçador é que lhe diz em que parte da floresta podem ser encontrados os animais que procura e como estes se comportam. A sabedoria da pele liga a pessoa ao mundo e à floresta (neste exemplo).[24]

A pele e os orifícios do corpo são vistos como órgãos que tanto podem permitir a passagem do conhecimento benéfico para dentro do corpo, como impedir a entrada de agentes destrutivos. Este é também o caso em outras regiões das terras baixas sul-americanas. Hugh-Jones (1979) enfatiza que os Barasana têm uma particular preocupação com os orifícios do corpo (abertos ou fechados) e com sua superfície (porosa ou impermeável). Um excesso de abertura, como no

caso de uma diarréia, significa a saída de forças vitais; o contrário significa que forças externas não podem entrar. Os dois estados exigem cuidados para que se possa reverter, temporária e controladamente, o quadro. Gravidez, nascimento, desenvolvimento e iniciação masculina incluem inúmeros processos aos quais os corpos são submetidos, que os abrem ou fecham como parte da sua 'manutenção e desenvolvimento', da mesma forma como no Alto Xingu (Viveiros de Castro, 1987). Assim a transferência perigosa de matéria e forças transformadas do ambiente para o corpo é um importante denominador comum nas teorias e estudos sobre corpo nos povos das terras baixas, e a pele é um sítio particularmente importante para esta transferência.

Uma pessoa aprende através do contato direto do corpo com o ambiente. Mas é possível facilitar o processo de aprendizado através da aplicação do *dau*. Aplicado diretamente no corpo, o *dau* parece fazer com que a alma do corpo seja capaz de adquirir conhecimento. Por exemplo, de acordo com meus informantes, a raiz, *awa dade*, 'batata de anta', ajuda um homem a ser um bom caçador. Ao ser esfregada nas mãos, esta planta cria condições para o conhecimento que dá ao caçador o poder de matar no primeiro tiro. Esta planta medicinal cria o 'conhecimento da mão', que, de acordo com informantes de Kensinger, é, basicamente, a habilidade do caçador. O corpo integra, assim, vários tipos de conhecimento ou habilidades adquiridas de diversas formas, em diferentes partes do corpo. Estes conhecimento são mutuamente dependentes. Desta forma, por exemplo, a sabedoria da pele e a da mão precisam atuar juntas para que um caçador consiga matar sua presa.

O conhecimento também entra no corpo através do ouvido. É assim que uma criança ou um estrangeiro vêm a 'saber' seu verdadeiro nome kaxinawá somente depois de ter sido por ele chamado repetidas vezes. Acredita-se que, uma vez conhecido, o nome se torna fisicamente 'vinculado' ao corpo e somente depois disso é que pronunciá-lo passa a ser um insulto e uma vergonha (McCallum, 1989). O vínculo físico do nome ao corpo é uma importante condição para tornar-se um Kaxinawá. O discurso também molda o corpo em outro contexto: em McCallum (1990), mostrei que certos tipos de discurso podem agir sobre o corpo do ouvinte de forma a criar uma disposição moral para a convivência social, lembrando uma pessoa dos seus deveres e responsabilidades. Este tipo de conhecimento social é construído repetidamente através de discursos homéricos em reuniões políticas, em cultos (organizados pelos Kaxinawá protestantes) ou em discursos dirigidos aos adolescentes quando estes se casam (McCallum, 1990). Dessa forma, não se permite que o ouvinte esqueça da necessidade de ser generoso, trabalhador, pacífico e honesto. Os discursos funcionam de forma física, através da constante reiteração das mesmas questões morais, de modo a 'construir' idéia, consciência e memória. Os pais podem reforçar um discurso que fazem ao filho adolescente com pancadas ou palmadas leves em partes específicas do cor-

po. Eu vi, por exemplo, a mãe de uma adolescente que havia negligenciado suas tarefas de jardinagem e cozinha lhe dar, repetidamente, palmadas nos braços (*punpais ak*) enquanto explicava detalhadamente as responsabilidade da filha.

É possível traçar um paralelo entre os efeitos mecânicos de tal discurso e os efeitos do *dau*. Ambos são usados para banhar repetidamente o corpo e, idealmente, fazer com que a pessoa se torne produtiva e saudável. Kensinger (1992) concorda plenamente com este ponto. Um de seus informantes afirmou que a fala humana tem o poder de moldar o ouvido, tornando-se um aspecto físico do mesmo, ao penetrar no corpo por ser intermédio. Assim, o discurso transforma-se em 'sabedoria do ouvido', que, para Kensinger é 'conhecimento social' por excelência. Assim, tanto o som como a matéria podem funcionar como uma fonte de conhecimento e um meio de sua transmissão.

O corpo precisa aprender para poder agir socialmente. Ação social pode ser descrita como 'a exteriorização de conhecimento', que pode tomar a forma de ação física ou de fala ou canto. Aqueles que falam em público são 'corpos que sabem' – Kaxinawá adultos (homens ou mulheres) que dominam as habilidades sociais de produção e reprodução. Isso é importante pois a transmissão do conhecimento através da voz baseia-se em duas habilidades do falante: a de ser correto socialmente e a de falar sobre o significado e o valor da sociabilidade. O sucesso da transmissão do conhecimento depende, contudo, da capacidade do ouvinte de escutar. O termo para 'escutar, ouvir' também significa 'compreender' (*ninka* - 'ouvir, compreender'). Uma criança desobediente é uma criança que não escuta - "*Ninkaismaki, pabuki!*", dizem as pessoas – "Ele nunca ouve/compreende, ele é surdo!". É difícil 'desenvolver' adequadamente esta criança. Um louco anti-social é uma pessoa que não acumula a sabedoria do ouvido, sendo chamado de 'sem conhecimento, louco, de cabeça fraca' – '*unainsmapa*'. Estas não são pessoas de verdade. Seus corpos não 'sabem' – pelo menos, não socialmente.

O conhecimento também é transmitido através da visão. Os Kaxinawá dão pouca ênfase às explicações em situações formais ou informais de ensino, sendo mais importante a demonstração. Somente se diz o mínimo necessário. Assim, quando uma menina vai aprender o padrão da tecelagem, depois de ter sido banhada com o *dau* que ajuda a ver claramente e a lembrar, ela precisa passar horas sentada, observando os parentes mais velhas tecendo. Nem todas as meninas conseguem adquirir esta habilidade, que é um marco da sua condição de mulher. Da mesma forma, quando um homem leva o filho, ou o filho de sua filha, para caçar, coletar borracha ou em viagens de vendas, espera-se que o menino aprenda pela experiência e observação. Assim, o conhecimento também é absorvido pelos olhos. A 'sabedoria do olho', como afirma Kensinger, é outra parte vital do corpo que sabe. Quando uma tecelã habilidosa produz um tecido, ela está exteriorizando sua sabedoria do olho e da mão, o mesmo acontecendo quando um caçador mata sua presa.

A produção de qualquer tipo de coisas depende, assim, do 'desenvolvimento' anterior de corpos que sabem; produzir é transmitir aquilo que o corpo sabe para o objeto produzido. Estes objetos e alimentos podem então ser consumidos – ou 'conhecidos', 'entendidos' como no caso da fala.

A mesma lógica pode ser aplicada, finalmente, à reprodução sexual. Como vimos, também os órgãos genitais são vistos como órgãos que 'sabem'. Os Kaxinawá dizem que os adultos mais velhos ensinam aos adolescentes sobre sexo. Por esta razão, as meninas se casam primeiro com homens mais velhos, e espera-se que os meninos durmam com mulheres experientes. O próprio sexo ensina aos órgãos genitais como procriar – que começam por eles mesmos o processo de criar 'corpos que sabem'. Estes corpos, uma vez desenvolvidos, podem então circular em casamentos, da mesma forma como objetos circulam e são consumidos, na constante reconstituição da sociabilidade kaxinawá. Experiência, que torna-se parte integrante do corpo, permite que este seja social no momento em que se expressa em ações produtivas e reprodutivas apropriadas.

CORPO E ALMA

Obviamente, os Kaxinawá não têm um conceito equivalente a 'mente' e oposto a 'corpo'. Contudo eles têm certeza que uma pessoa normal 'pensa' (*xinan*), um termo que pode também ser traduzido como 'lembrar-se' ou como 'planejar'. As pessoas também 'sabem' ou 'reconhecem', que é traduzido como *unan*, termo que, como vimos, também é usado no sentido de 'aprender'. O pensar e o saber não se situam em um órgão específico.[25] Como então funcionam estas capacidades? Como pode todo um corpo funcionar como 'mente'?

Uma pessoa sabe e pensa por causa da relação entre corpo e alma, uma relação completamente organizada pela questão da consciência. Quando perguntei a Zeca: 'Uma criança nasce com uma alma? Quando esta criança torna-se uma pessoa?', ele respondeu que uma criança possui uma alma e torna-se um indivíduo no momento em que é concebida. Esta 'alma' ou 'espírito' é o pensamento ou sentimento que começa na concepção e se desenvolve deste momento em diante. Quando a criança começa a falar, ela está expressando seu pensamento e sentimento interiores às outras pessoas. Aqui temos um elo explícito entre 'a alma', um aspecto interno do corpo, e o pensar e saber. Nossa tarefa agora é explicar como estes elos funcionam.

Os Kaxinawá, juntamente com outros povos da Amazônia como os Barasana, sustentam que cada pessoa tem tanto uma alma imortal como uma alma do corpo, socialmente mortal.[26] Como outros povos Pano, eles afirmam que cada pessoa tem várias almas ou espíritos – *yuxin* ou alma, em português.[27] Eles explicam que os *yuxin* se localizam em diversas partes, ou excreções, do corpo de uma pessoa. Um espírito – a alma verdadeira (*yuxin kuin*) – também conhecido como

a alma do olho (*beru yuxin*), pode ser compreendido como um princípio animador; outro – a alma do corpo – pode ser compreendido como consciência, memória, pensamento, sentimento e individualidade (Townsley, 1988; McCallum 1989). Embora todo feto contenha uma alma verdadeira (alguns dizem que esta vida é dada por Deus), sua alma do corpo vem para a vida de forma incipiente, crescendo posteriormente. A alma verdadeira tem sua origem direta no outro mundo, enquanto que a alma do corpo deriva-se, em primeira instância, da matéria.

Este relacionamento entre corpo e almas é encontrado em outras partes da Amazônia. Hugh-Jones enfatiza que esta relação é parte da 'manutenção e desenvolvimento' do corpo: cada Barasana tem uma alma relativamente material localizada no coração e pulmões e associada à respiração. "Inicialmente, a 'alma' é feita de sêmen, mas daí em diante qualquer coisa necessária à vida pode acrescentar alma ao corpo. Durante o crescimento gradual do recém-nascido, o corpo e a alma estão juntos. Por um lado, é o alimento que acrescenta alma e faz o corpo crescer (...) Por outro, as pessoas dizem que é o xamanismo que dá estes poderes ao alimento e que, sem ele, todo alimento seria letal" (Hugh-Jones, 1979:118)

Devemos observar que, neste contexto, corpo, matéria e alma não são de forma alguma conceitos opostos. Assim, um tipo de alma é mortal e desaparece com o corpo. Contudo, o outro tipo de alma é imortal, vinculando-se ao corpo quando ele recebe um nome, um ato que os Barasana acreditam promover a reencarnação do nome-alma de um parente paterno recentemente falecido. Esta é, do ponto de vista estruturalista, uma 'alma social' por excelência pois coloca a criança no contexto parente/afim.

No caso dos Kaxinawá, duas das almas mais importantes, a 'alma do corpo' (*yuda yuxin*) e a 'alma verdadeira' (*yuxi kuin*) são almas sociais, embora tenham características contrastantes. A primeira cresce e se transforma ao longo da vida da pessoa, enquanto que a última simplesmente está presente ao corpo. Embora a alma do corpo esteja intimamente ligada ao indivíduo vivo, separando-se apenas após a decomposição ou desintegração do corpo, a alma verdadeira deixa o corpo durante a vida. A alma do corpo permanece na terra depois da morte, transformada em um espírito sem face, hediondo e desmemoriado, que vive na floresta, enquanto a alma verdadeira, após a vida, carrega a identidade afim da pessoa batizada para o céu. Neste sentido social, a alma do corpo é mortal, enquanto que a alma verdadeira é imortal.

A alma verdadeira, diferentemente da alma do corpo, é um ser antropomórfico e destacável que reside no olho sendo, por esta razão, chamada de alma do olho (*bedu yuxin*). A alma do olho é visível no brilho do olho que se extingue com a morte. Depois que a pessoa morre, esta alma voa na forma de um besouro ou pássaro para a terra dos mortos, onde assume forma humana. Um informante descreveu esta alma como o destino de uma pessoa.

Quando a alma verdadeira se liberta definitivamente, ela assume um caminho independente daquele do corpo, porém representativo dele. Esta independência se reflete na maior volatilidade desta alma, comparada à alma do corpo. Assim, um ser humano 'sente' sua própria alma se libertar em várias circunstâncias, como quando desmaia, toma um susto ou sente medo, quando rodopia e fica tonta e quando está agonizante. Em outras palavras, apenas quando a integração entre espírito e corpo se torna frouxa, é que a pessoa se torna consciente do seu próprio *yuxin*. A tontura, por exemplo, liberta o espírito e atrai a atenção dos espíritos normalmente invisíveis que povoam os espaços ao nosso redor, sendo, por isso, um estado perigoso. A perda ou alteração do estado de consciência desloca o espírito, faz com que a pessoa sinta sua presença ao mesmo tempo em que abre o caminho para que ele se distancie na companhia dos outros, agora visíveis, espíritos, levando à doença ou à morte.

Mudanças no estado de consciência alteram gravemente a forma pela qual um corpo sabe, de modo que doença e morte podem ser consideradas estados epistemológicos. O processo de morte e o processo de cair doente são diferentes na visão kaxinawá. A doença caracteriza-se pelo sofrimento em estado de consciência, enquanto que a morte é um processo indolor que ocorre quando o corpo está inconsciente.[28] O corpo cai doente quando a alma verdadeira, ou do olho, começa a se libertar. A doença caracteriza-se pelo sofrimento e perda da capacidade do corpo (*Isin tein* – 'sofrer dor' ou 'estar doente'). O corpo, em um estado de fraqueza e dor, fecha-se cada vez mais aos parentes vivos. Os espíritos dos mortos rodeiam o corpo, sabendo que o sofrimento desfaz a malha entre este e suas almas. Os mortos competem com os vivos, convidando a pessoa (na forma de sua alma verdadeira ou do olho) para viajar com eles. Quando se perde a consciência, estes chamados podem ser ouvidos, e a pessoa doente, agora 'morta' ou 'inconsciente' (ambos estados chamados *mawa*), pode começar a deixar o mundo dos vivos. Neste momento, as vozes dos seus parentes assumem vital importância: os lamentos irrompem e os parentes desconsolados chamam a pessoa pelo seu nome de metade ou de afinidade, lhe implorando que fique.

O primeiro passo para curar um 'morto' é, então, chorar e chamar de volta para a terra o espírito que fugiu. O desmaio ou a morte evocam a mesma reação, o ritual de choro chamado *nui kaxarin* que parentes e afins próximos realizam, que tem o objetivo de acordar o morto (*besten wa*, fazer acordado). Até bem pouco tempo, havia um meio especial de fazer isso com cantos conhecidos pelos líderes de canto mais velhos. Os cantos funcionam como caminhos para que o espírito que fugiu retorne. Este espírito é chamado por muitos nomes, mas se usa especialmente o de um tipo de abelha ou besouro (*samun*). Isto se dá porque, no momento do vôo, de acordo com Zé Augusto e outros, a alma do olho se transforma (*dami*) em um besouro ou inseto que então se torna o 'destino' da pessoa. Ela pode ir embora, mas talvez retorne (como se tivesse vontade própria). A alma do

olho, ou alma verdadeira, tenta se libertar através do vôo, mas o canto cria um caminho de volta, chamando-o: 'Siga nossa prece e venha, siga nossa voz na viagem de volta' (Zé Augusto, Fita 12). O cantador entoa para uma mulher desmaiada da metade Inani:

> *Vem, vem, besouro. Besouro jaguar Inca, vem. Nasce, raiz de algodão, nasce. Quando vier, siga o rabo da arara Inca'. Inanin [vocativo], vem, estou fazendo você assim – vem, siga nosso pensamento voltando para cá, siga nossa prece de volta! Estou vindo, vem! Acorde novamente.* (Zé Augusto, Fita 12)[29]

Assim, o curandeiro tenta, através do canto, transformar o besouro de volta na alma do olho que reside no olho da pessoa 'morta'. O canto descreve a 'oração' e o 'pensamento' como caminhos ou como a cauda da arara, usando assim metáforas de coisas materiais relacionadas, por um lado, a viagem e, por outro, ao ato de voar, para descrever a voz e o pensamento.

Mas se a morte for definitiva, o líder de cantos pode usar outro canto, desta vez para fazer com que o espírito prossiga seu caminho, para que não volte mais. O 'canto de mandar embora' ordena que o espírito vá viver entre os *Inkas*, que despose um *Inka*, que esqueça sobre 'aqui' – este mundo.[30] Este canto ajuda a efetuar a separação entre vivos e mortos. Há um canto ainda mais poderoso que pode ser entoado por uma pessoa que deseje, de fato, morrer. Este canto, chamado de *Yamabu* ('Nada povo'), deve ser usado apenas por alguém que esteja vivendo em sofrimento por ter perdido todos seus afins e não ter mais ninguém no mundo. É um canto muito perigoso, que só deve ser sussurrado ao ouvido da pessoa que quer morrer (e por isso não pode ser gravado).

Assim, o canto tanto pode abrir o caminho rumo ao interior do corpo para a alma verdadeira, como pode também fechá-lo. O canto pode ser um agente de cura, de reintegração entre corpo e alma. A voz, portanto, tanto é um meio de refazer o corpo, como de fazê-lo (como quando os discursos moldam a 'sabedoria do ouvido').

Conversei com várias pessoas que passaram por experiências de 'quase-morte' e recobraram a consciência porque as vozes de seus afins os trouxeram de volta. Como vimos, tanto o desmaio como a morte definitiva são chamados de *mawa* e significam uma jornada para outros lugares e níveis do universo. Na morte, por exemplo, a alma verdadeira – *yuxin kuin* – deixa o corpo e vai rumo à terra dos mortos, acompanhada por espíritos *Incas* (*Inka*) ou por parentes mortos.[31] Sueiro, o antigo líder dos Kaxinawá do Jordão, conhece bem o caminho. Ele me contou:

> *Eu mesmo morri três vezes. Não é a dor que mata, é um sonho. Eu me bati com o facão e caí. Eu estava sozinho. Eu morri. Da segunda vez*

> *foi a mesma coisa. Eu tinha uma ferida infectada e quando ela arrebentou (eu morri). Me acharam no chão. Eu estava morto. Eu não vi nada. Na terceira vez eu tinha passado muitos meses com uma febre forte. Aí eu passei oito dias sem comer. Aí eu vi um carro e subi nele. Homens brancos - Nawa (estrangeiros)*[32] *dirigiam o carro. Eles disseram "Vamos!" Aí ouvi meus filhos gritando "Pai!". Eu tinha morrido. "O que você tá fazendo?" (eles perguntaram) "Eu ia passear", respondi.* (Fita 11)

Experiências de quase-morte são uma fonte importante de conhecimento sobre o outro mundo.[33] Importantes também, para os homens Kaxinawá, são as visões e experiências da alma sob a influência de alucinógenos.[34] Mas o sonho é o principal canal de conhecimento sobre a volatilidade do nosso próprio espírito e sobre espaços distantes e invisíveis. O sonho é um meio importante de se adquirir conhecimento e desenvolver a consciência ou a 'imaginação', como Zeca chama. "Esta imaginação, nós trabalhamos espiritualmente em sonhos", disse Zeca. De fato, cada pessoa tem também um espírito conhecido como o espírito do sonho – nama yuxin, que embora esteja relacionado à alma do olho, difere desta. Como esta última, o espírito do sonho tem uma função visual – ele enxerga o lado de fora do corpo e onde este interage com as entidades e espaços externos, uma interação invisível ao olho em estado de vigília. O espírito do sonho viaja em sonhos, vendo, aprendendo e fazendo adivinhações. Quando a pessoa acorda após uma noite de sono tranqüilo, ela conta aos outros as novas experiências do seu sonho. Assim uma saudação matinal comum é "Você sonhou e o que foi?". Desta maneira, a informação e a suposição podem ser compartilhadas. Os sonhos de uma pessoa doente, que talvez revelem um parente morto ou um espírito da floresta que está rondando, podem ser usados para diagnosticar sua doença.

Problemas no sono podem indicar uma confusão entre o mundo cotidiano, de vigília e o paralelo e invisível 'mundo dos sonhos'. O corpo deve permanecer imóvel durante o sonho, pois falar ou mover-se é sinal de um distúrbio no relacionamento entre os movimentos do espírito do sonho e o corpo da pessoa. Existem plantas medicinais para tratar as diversas indisposições do sono deste tipo, cada uma caracterizada por diferentes expressões faciais ou diferentes movimentos do corpo ou estilos de fala durante o sono.[35] Quando uma criança sofre de distúrbios noturnos, seus pais buscarão estes remédios. Falar durante o sono é uma doença pois assinala uma quebra na separação entre os diferentes domínios da realidade habitados pelo corpo – o mundo, consciente, da vigília, e o 'mundo dos sonhos'. Uma forma saudável de adquirir conhecimento no mundo do sonho é quando, para quem está acordado, a pessoa que dorme permanece imóvel, como na morte.

A fala é o meio de comunicação no mundo desperto e não deve mediar a aproximação entre os dois domínios durante o sono. Os cantos rituais e as

lamentações são formas especiais de discurso que atravessam a distância entre os dois domínios – mas somente para efetivar a separação entre eles. Assim, quando uma pessoa está realmente morta, os cantos têm a função de assegurar que sua alma verdadeira vá embora para sempre. Quando a pessoa apenas desmaia e se consegue trazer a alma verdadeira de volta para o corpo, os cantos asseguram que os parentes mortos voltaram para o além. Falar durante o sono assinala que esta distinção está enfraquecendo.

O relacionamento correto entre o corpo e o ambiente é determinado acima de tudo por estados de consciência. O mundo consciente, da vigília, dos parentes vivos, é o lugar onde atua um corpo social saudável. O invisível mundo dos sonhos está presente na floresta ou em cidades distantes, porém é invisível para a pessoa em estado de vigília. É o lugar onde atuam os espíritos desencarnados que já perderam o poder de ação física. Ainda assim, ambos os mundos são 'conhecidos' por uma pessoa, como vimos, e este conhecimento é vital para os assuntos dos vivos.

A alma do corpo pode ser descrita, apropriadamente, como 'conhecimento no corpo' contanto que esta frase não encubra a natureza processual e combinada do relacionamento entre conhecimento e o corpo. Mas as experiências do espírito dos sonhos (e, mais perigosamente, da alma verdadeira), também são processos de aprendizagem. Aqui, contudo, a alma não é um 'repositório' de conhecimento, como o que acontece com a alma do corpo, e sim o agente da incorporação deste conhecimento ao corpo. A alma verdadeira e o espírito dos sonhos são, cada um, um tipo de pessoa dentro da pessoa, agindo como mediadores no processo de aprendizagem. Seu antropomorfismo e seu poder de se separarem do corpo apoiam esta visão. Estas almas podem sair do corpo e, de forma invisível e intangível, 'ver', 'ouvir' e 'viver experiências' fora do mundo cotidiano, físico e material. Ao retornar, quando a pessoa acorda ou o doente retoma consciência, a memória destas visões, conversas e sensações já foi transferida para o corpo. Enquanto memória, elas se tornam parte da alma do corpo. Assim, o processo de aprendizado depende não apenas da existência material do corpo ativo, como já vimos, mas também da relação dinâmica entre a alma verdadeira e o espírito do sonho como agentes, por um lado, e a alma do corpo (e dos órgãos do corpo) como recipiente, pelo outro. Esta relação é estabelecida e determinada pelo corpo quando este alterna estados de consciência e de inconsciência, colocando-se assim em uma relação correta com o ambiente humano, espiritual e material.

Se, como diz Zeca, as capacidades de pensar e saber surgem no momento da concepção, eu digo que isto significa simplesmente que a alma verdadeira está presente no novo feto. Consciência e memória, por outro lado, somente se formam lentamente, juntamente com o corpo e como um aspecto da 'alma do corpo'. Eu mostro aqui que pensar e saber enquanto atividades físicas são possíveis quando se tiver estabelecido a relação de funcionamento entre a alma verdadeira

e o espírito do sonho, por um lado, e a alma do corpo, por outro. Saber e pensar podem ser caracterizados como 'funções' do relacionamento entre estas almas apenas quando estas estão seguramente integradas em um corpo saudável, ativo e consciente. Neste sentido combinado, corpo é 'mente', enquanto recipiente da relação de funcionamento entre órgãos que sabem e alma do corpo, e entre alma do corpo e alma verdadeira.

DOENÇA, MEDICINA E CONHECIMENTO

É difícil manter-se aprendendo, vendo e vivendo sem ficar doente, já que o mesmo tipo de substâncias e experiências visuais, auditivas e táteis que podem ser transformadas em conhecimento, podem também ser agentes causadores de doenças tais como venenos ou objetos mágicos. O exemplo mais radical do poder de morte das palavras é o canto Yamabu, que mata o suicida que o escuta. Há também uma planta considerada tão venenosa que sua mera visão é letal. Mas talvez o exemplo mais potente da relação entre o processo de aprender e o processo de adoecer seja dado pelo *dau*.

A relação entre matéria e conhecimento está ligada ao conceito de *dau*, que traduzo como 'remédio'. De fato, este conceito apresenta, à primeira vista, um quebra-cabeças etnográfico: ele não apenas cobre uma ampla faixa de significados, como alguns deste parecem ser conflitantes. Por exemplo, certos rituais de ornamentação corporal são chamados de *dau*, significando 'algo no corpo que o transforma temporariamente (e beneficamente)'. Porém, em outros contextos, *dau* significa algo dentro do corpo que o destrói (um objeto mágico).[36] Para dar outro exemplo, em alguns contextos *dau* é o remédio que cura, como em 'remédio de folha da floresta' (*ni pei dau*) ou remédio 'de branco' (*nawam dau*). Por outro lado, em outros, é veneno (*dau pepa* – 'remédio forte'). Assim, o dau pode, em alguns contextos, curar ou aparentemente causar doenças físicas; em outros, causar doenças espirituais. Esta aparente discordância semântica também está presente em termos relacionados aos especialistas em *dau*. Um envenenador é chamado de *dauya* (o sufixo *ya* significa 'com' – portanto 'uma [pessoa] com remédio'), assim como um médico ou um curandeiro que usa plantas da floresta. Contudo, uma vez entendido o *dau* basicamente como um agente usado para transformar o poder de conhecimento do corpo, a unidade semântica é restaurada. Nesta perspectiva, o *dau* tanto pode dar o conhecimento, em um extremo, ou tirá-lo, em outro. Inevitavelmente, estes estados conflitantes remetem ao estado de consciência da pessoa.

Parece-me que a epistemologia relativista dos Kaxinawá, que situa o conhecimento social correto no corpo atuante, permite uma nova perspectiva do corpo em dor. Se saúde é uma combinação de conhecimento acumulado e da capacidade de agir socialmente, a doença pode ser compreendida como um distúrbio no

poder de conhecimento do corpo. Dizer isso implica em uma série de possíveis problemas na relação entre conhecimento e corpo. Primeiramente, a doença compromete o processo de aprendizado, de forma que o corpo não pode viver, ouvir, ver e absorver conhecimento de maneira eficaz. Em segundo lugar, a doença perturba o relacionamento entre as almas do corpo, de forma que o processo de saber e pensar podem ser interrompidos. Finalmente, a própria consciência está ameaçada: a alma verdadeira pode alçar vôo, com a morte como conseqüência final.

Os efeitos da doença no corpo que sabe são manifestamente sociais. Quando uma pessoa está doente, ela corre o dobro de risco de esquecer (e perder o desejo por) seus afins, um excesso do poder de reconhecer 'outros' - os espíritos dos mortos. (Talvez isto explique porque os doentes mentais são classificados como *yuxin*. Eles perderam totalmente sua capacidade de saber o 'aqui e agora', o que eles parecem saber é do além.) Assim, os lamentos, os apelos chorosos para que a 'pessoa morta' fique, são tentativas de reativar o conhecimento consciente e a lembrança dos afins. De um ponto de vista material, eles atuam sobre a 'sabedoria do ouvido' da pessoa perdida, como tentativa de alcançar a alma em vôo. Se os lamentos e os cantos funcionam, o corpo ouve novamente (*ninka*) e sabe, reconhece e compreende (*unan*), retomando, então, o processo de aprendizado consciente.

Isso me traz de volta ao fato dos sentidos contraditórios do conceito *dau*. *Dau* como 'remédio' só pode ser totalmente explicado em termos do corpo como processo de aprendizado. *Dau* é um termo que pode ser entendido como 'conhecimento potencial'. Neste sentido, ele é um conceito unitário. Seja como veneno, objeto mágico, planta medicinal ou droga farmacêutica, o dau permite que a consciência tenha novas visões, experimente novos sons e sensações. Para que se torne conhecimento humano adequado, o *dau* precisa ser transformado através de um agente humano mediador que age dentro e sobre o corpo humano. O *dau* pode atuar sobre o corpo, pois alterna-se constantemente entre duas formas de consciência, na interseção do mundo dos sonhos e o estado de vigília. No espaço entre estes dois mundos, o *dau* pode matar, pode fazer saber, ou pode curar, em virtude da sua natureza peculiar como conhecimento potencial. É a ação humana que irá definir qual dos mundos o corpo deve conhecer, se o mundo dos vivos e saudáveis, ou se o dos espíritos dos mortos.

CONCLUSÃO: O CONTEXTO MAIS AMPLO

Quais são as implicações desta etnografia para a antropologia do corpo nas terras baixas sul-americanas? Acima de tudo, a etnografia sugere que pesquisas sobre corpo devem dar uma atenção especial às questões de consciência e conhecimento, como estes derivam física e socialmente do ambiente, e como sua mani-

pulação depende da relação entre os aspectos da 'alma' normalmente invisíveis do corpo concebido como mais ou menos material. A antropologia do corpo nesta região etnográfica pode abordar este tema do ponto de vista médico ou do social. Quando o interesse é a análise social, o corpo é tratado como um 'portador' biológico do simbolismo social (Seeger et al., 1987 [1979]; Seeger, 1981; Da Matta, 1982; Turner, 1980; Howard, 1991; Hugh-Jones, 1979), ou contraditoriamente, como um agente culturalmente construído no fazer social (Gow, 1989 e 1991; McCallum, 1989; Overing, 1988 e 1993; Belaunde, 1992). Como o principal objetivo destes estudos é entender a natureza social e as conseqüências do corpo, as questões epistemológicas correlatas tratadas aqui parecem tangenciais ao foco principal. Em concordância com a postura analítica deste último conjunto de estudos, tentei mostrar que não existe uma ruptura entre o corpo que sabe e a construção da sociabilidade, e sim que os processos sociais constantemente dependem das pessoas que sabem fazendo outros corpos que sabem. O material apresentado aqui sugere que é possível repensar os dualismos fundamentais que aparecem tão freqüentemente nos diversos contextos etnográficos das terras baixas sul-americanas. É perfeitamente possível reinterpretar as oposições corpo mortal/alma imortal dando um maior peso aos geralmente negligenciados corpos e suas almas, antes de reexaminar a relação entre estes e a alma imortal. No caso dos Kaxinawá, pelo menos, a relação entre a alma verdadeira e a alma do corpo é fundamental no processo de aprender, pensar e manter a saúde.

De uma perspectiva da antropologia médica, o corpo aparece na literatura sobre a região como vítima de doenças e/ou moléstias ou como um objeto de cura, particularmente de xamanismo. Proponho aqui que seria proveitoso, em trabalhos futuros, tratar o corpo primeiramente como um todo social construído e sábio, e apenas em segundo lugar como vítima de doença e objeto de práticas de cura.

Por fim, este artigo confirma a importância de um processo contínuo de persistente desconstrução de dicotomias ocidentais como /natureza/cultura, mente/ matéria, matéria/espírito, corpo biológico/pessoa social. Espero ter mostrado que o dualismo que permeia o pensamento kaxinawá sobre eles mesmos, seus corpos e cosmos precisa não ser interpretado de maneira dicotômica – que é uma interpretação estática, generalizante e divisiva – e sim de forma dinâmica, aberta e centrífuga. Seja como for que se caracterize o dualismo kaxinawá (não há aqui espaço suficiente para uma discussão mais profunda), um ponto é claro: em nenhum sentido, a visão de corpo dos Kaxinawá pode ser reduzida a nenhuma das dicotomias acima.

Estes comentários parecerão válidos para muitos antropólogos interessados em corpo de forma mais geral, fora das terras baixas sul-americanas. Mas que relação específica este artigo traz para o campo mais amplo da antropologia 'do corpo'? De acordo com a revisão feita por Lock em 1993, esta antropologia cres-

considera relevantes para o desenvolvimento da antropologia médica ou da saúde no Brasil.

Gil Sevalho e Luís David Castiel (Escola Nacional de Saúde Pública), no terceiro capítulo, colocam em pauta questão central, subjacente a esta coletânea: o diálogo, crítica, encontros e desencontros entre a antropologia médica e outras disciplinas do campo da saúde pode, de fato, conduzir, a uma abordagem verdadeiramente interdisciplinar? Para abordar o tema da interdisciplinaridade possível entre a antropologia médica e a epidemiologia, os autores empreendem uma reflexão instigante que, como os capítulos anteriores, parte da história; isso é, do processo de constituição dessas disciplinas e de suas relações. Diferente dos trabalhos de Alves/Rabelo e Minayo, entretanto, o *locus* principal da discussão é a epidemiologia: a partir de uma análise do objeto e objetivos da investigação epidemiológica os autores examinam as possibilidades e dificuldades do diálogo com a antropologia.

Eduardo Menéndez (CIESAS – México) prossegue no exame das relações entre epidemiologia e antropologia médica (capítulo 4) a partir de um enfoque crítico. Adota o ponto de vista de que qualquer discussão a respeito das convergências e divergências entre estas disciplinas exige um trabalho de identificação e desconstrução dos principais conceitos com que elas operam; trabalho que permita trazer a tona sua história e vinculação com tradições teóricas específicas. Ao empreender tal análise, Menéndez mostra como vários dos conceitos usados na epidemiologia tem uma raiz – ignorada ou neglicenciada – nas ciências sociais. A incorporação de uma discussão acerca das dimensões social e cultural dos fenômenos de saúde e doença pela epidemiologia, argumenta o autor, descreve um processo em que conceitos e métodos são isolados dos corpos teóricos em que foram originalmente formulados e, assim empobrecidos, recompostos em abordagens que tendem a reduzir essas dimensões a uma soma de fatores isolados e mensuráveis. Para o autor não se trata apenas de uma desconhecimento da teoria antropológica por parte dos epidemiologistas, sem maiores conseqüências, mas de uma lacuna teórica que tem implicações na qualidade dos resultados das pesquisas epidemiológicas e no seu potencial para orientar práticas/políticas de saúde.

As relações entre antropologia e epidemiologia são tema também do artigo de Mabel Grimberg (Universidade de Buenos Aires) no capítulo 5. Partindo da identificação dos principais aspectos que diferenciam e separam essas duas abordagens, observa que de ambos os lados opera uma tendência a reificação, que certamente dificulta qualquer possibilidade de diálogo. A epidemiologia opera com de uma visão naturalizada dos processos de saúde e doença que justifica tratar as coletividades que vivenciam tais processos como meros agregados sociais, caracterizados pela soma de aspectos/fatores sociais e culturais. A antropologia, por sua vez, com sua forte ênfase na construção cultural da saúde/doença –

ce rapidamente, e vive em constante mudança, de forma que não existe uma única resposta possível. Uma leitura atenta desta discussão bibliográfica revela que boa parte das tendências atuais da 'antropologia do corpo' estão sendo produzidas por profissionais de antropologia médica. Dos trabalhos publicados, grande parte aborda o corpo dentro da prática biomédica. Assim, a maioria da antropologia crítica do corpo preocupa-se com a desconstrução das dicotomias ocidentais pelo lado de dentro destas teorias e práticas e mesmo assim em uma situação muito específica (aquela relacionada ao corpo em dor). Ao enfatizar uma 'etno-epistemologia' que venha de uma tradição cultural não-ocidental e de um contexto sócio-histórico distinto, este artigo amplia o potencial para discussões comparativas, questionando mais um vez se é realmente possível fazer uma antropologia especificamente 'médica', já que o conceito central de dau entre os Kaxinawá não pertence exclusivamente ao 'domínio médico' indígena. Qualquer análise de doença e cura entre os Kaxinawá deve necessariamente passar por outros domínios habitados pelo, e construídos através do corpo.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Leverhulme Trust pela bolsa que financiou a minha pesquisa, realizada entre maio de 1991 e abril de 1992. A pesquisa anterior, para a minha tese de doutorado, foi apoiada pelo ESRC of Great Britain, entre 1983 e 1987. Também devo agradecer a Ken Kensinger, Elsje Lagrou, Maria Phylactou, Eduardo Viveiros de Castro e Don Kulick, pelos comentários valiosos. Uma versão modificada do presente trabalho foi publicada em *Medical Anthropology Quarterly.* Agradeço a Inês Alfano pela sua sensibilidade e paciência em traduzir o presente artigo para o português e ao Dr. Paulo César Alves pela revisão final. Finalmente, meu maior débito é para com os Huni Kuin.

REFERÊNCIAS

AUGÉ, M. (1984). Ordre biologique, ordre social; la maladie, forme élémentaire de l'évènement. In M. Augé & C. Hezlich (eds.) *Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie*. Paris: Editions des Archives Contemporaines.

BASSO, E. (1973). *The Kalapalo Indians of Central Brazil*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

BELAÚNDE, E. (1992). *Gender, commensality and community among the Airo-Pai of West Amazonia (Secoya, Western-Tukanoan Speaking)*. Ph.D. thesis, London University. (Mimeo).

BROWN, M. F. (1986). *Tsewa's Gift: Magic and meaning in an Amazonian Society*. Washington: Smithsonian Institution Press.

BUCHILLET, D. (org.) (1991). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belem: Edições CEJUP.

CAPISTRANO DE ABREU, J. (1914). *Rã-txa hu-ni ku-: A língua dos Caxinauás do rio Iboaçu*. Rio de Janeiro: Tipographia Leuzinger.

CHAUMEILI, J. P. (1983). *Voir, savoir, pouvoir: Le chamanisme chez les Yagua du Nord-Est péruvien*. Paris: Éditions de l'École des Hautes Études en Sciences Sociales.

DA MATTA, R. (1982). *A divided world: Apinayé social structure*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

D'ANS, A.-M. (1991). *Le dit des Vrais Hommes*. France: Gallimard.

ERIKSON, P. (1996). *La Griffe des Aïeux: Marquage du Corps et Démarquages Ethniques chez les Matis d'Amazonie Langues et Sociétées d'Amerique Traditionelle*. Paris: Peeters.

GALLOIS, D. (1991). A categoria "doença de branco": ruptura ou adaptação de um modelo etiológico indígena?. In Buchillet (org.). *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belem: Edições CEJUP.

GOW, P. (1989). The perverse child: Desire in a native Amazonian subsistence economy. *Man*. NS24:299-314.

GOW, P. (1991). *Of Mixed Blood: Kinship and history in Peruvian Amazonia* Oxford: Clarendon.

GREGOR, T. (1977). *Mehinaku*. Chicago: Chicago University Press.

GREGOR, T. (1985). *Anxious Pleasures: The sexual lives of an Amazonian people*. Chicago: Chicago University Press.

HARNER, M. (ed.). (1973). *Hallucinogens and Shamanism*. NewYork: OUP.

HOWARD, C. (1991). Fragments of the Heavens: Feathers as ornaments among the Waiwai. In R.E.Reina & K.Kensinger (eds.), *The gift of birds: Featherwork of Native South American People*. Philadelphia: University Museum Monograph 75.

HUGH-JONES, C. (1979). *From the Milk River: Spatial and temporal processes in Northwest Amazonia*. Cambridge:Cambridge University Press.

KENSINGER, K. (1973). Banisteriopsis usage among the Peruvian Cashinahua. In M. Harner (ed.). *Hallucinogens and Shamanism*. NewYork: OUP

KENSINGER, K. (1974). Cashinahua medicine and medicine men. In P. Lyon (ed.) *Native South Americans*. Boston: Little, Brown and Co.

KENSINGER, K. (1984). An emic model of Cashinahua marriage. In K. Kensinger (ed.) *Marriage practices in lowland South America*. Urbana & Chicago: University of Illinois Press.

KENSINGER, K. (1991). Feathers make us beautiful: the meaning of Cashinahua feather

headdresses. In R. Reina & K.Kensinger (eds.) *The gift of birds: Featherwork of Native South American People*. Philadelphia: University Museum Monograph 75.

KENSINGER, K. (1992). A body of knowledge, or, the body knows. In *Expedition* Philadelphia: University Museum Publication.

KENSINGER, K. (1995). *How Real People Ought to Live: The Cashinahua of Eastern Peru*. Prospect Heights, Illinois: Waveland Press.

LAGROU, E. (1991). *Uma etnografia da cultura Kaxinawá: Entre a cobra e o Inca*. Tese de Mestrado, Univ. de Florianopolis (Mimeo).

LANGDON, J. (1991). Percepção e utilização da medicina ocidental entre os índios Sibundoy e Siona no sul da Colômbia. In Buchillet (ed.), *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belem: Edições CEJUP

LEA, V. (1992). Mebengokre (Kayapó) onomastics: a facet of Houses as total social facts in central Brazil. In *Man* 27:129-153.

LÉVI-STRAUSS, C. (1984). *Paroles Données*. Paris:Plon.

LIZOT, J. 1985. *Tales of the Yanomami: Daily life in a Venezuelan forest*. Cambridge:Cambridge University Press.

LOCK, M. (1993). Cultivating the body: Anthropology and epistemologies of bodily practice and knowledge. In *Annual Review of Anthropology* 22:133-155.

McCALLUM, C. (1989). *Gender, personhood and social organization among the Cashinahua of Western Amazonia*. PhD thesis, London School of Economics (Mimeo.)

McCALLUM, C. (1990). Language, kinship and politics in Amazonia. In *Man* (N.S.) 25:412-433.

McCALLUM, C. (1996). Morte e pessoa entre os Kaxinauá.In *Mana*. Vol.2/2:49-84.

McCALLUM, C. (1997). Comendo com Txai, comendo como Txai: A sexualização de relações étnicas na Amazônia contemporânea.In *Revista de Antropologia* Vol.40/ 1:110-147.

MONTANER, D. (1991). Mani Pei Rao: Remedios do mato dos Marubo. In Buchillet (ed.), *Medicinas tradicionais e medicina ocidental na Amazônia*. Belem: Edições CEJUP.

OVERING, J. (1988). Personal autonomy and the domestication of the self in Piaroa society. In G.Jahoda & I.M. Lewis (eds) *Acquiring Culture: Cross-cultural studies in child development*. London: Croom Helm.

OVERING, J. (1993). Death and the loss of civilized predation among the Piaroa of the Orinoco Basin.In *L'Homme* 126-128, XXXIII (2-4):191-211.

RIVIÈRE, P. (1974). The Couvade: A problem reborn. In *Man* 9:3.

SEEGER, A. (1981). *Nature and society in central Brazil: The Suya Indians of Mato Grosso*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.

SEEGER, A.; DA MATTA, R. & VIVEIROS DE CASTRO, E. (1987). A construção da pessoa nas sociedades indígenas brasileiras. In Pacheco de Oliveira Filho (org.). *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero.

SINDZINGRE, N. & ZÉMPLENI, A. (1981). Modèles et pragmatique, activation et répétition: réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d'Ivoire. In *Social Science and Medicine* 15B:279-293.

SISKIND, J. (1973). *To hunt in the morning*. Oxford: Oxford University Press.

TAUSSIG, M. (1986). *Shamanism, colonialism and the wild man: A study in terror and healing*. Chicago: Chicago University Press.

TOWNSLEY, G. (1988). *Ideas of order and patterns of change in Yaminahua society*. PhD thesis, Cambridge University (Mimeo.)

TURNER, T. (1980). The social skin. In J.Cherfas & R.Lewin (eds.) *Not work alone*. Beverly Hills: Sage.

VIVEIROS DE CASTRO, E. (1987). A fabricação do corpo na sociedade xinguana. In Pacheco de Oliveira Filho (org.). *Sociedades indígenas e indigenismo no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Marco Zero.

VIVEIROS DE CASTRO, E. (1992). *From the enemy's point-of-view*. Chicago: University Press.

NOTAS

[1] Sobre uma discussão a respeito da história e da historiografia dos Kaxinawá, ver McCallum (no prelo).

[2] No *couvade*, o corpo do homem sente sintomas semelhantes aos da sua mulher durante a gravidez, parto e pós-natal. Durante este período, o homem deve observar restrições alimentares, sexuais e outras a fim de proteger a mulher, a ele mesmo e ao filho. Tudo que acontece com o corpo de um afeta o corpo dos outros. De fato, o couvade é apenas uma das muitas formas de um fenômeno mais geral, conhecido como 'relações de substância', no qual efeitos físicos semelhantes unificam parentes próximos, que moram juntos - durante uma doença, por exemplo.

[3] Howard observa, a respeito dos Waiwai, que a criação de crianças e animais domésticos "não era considerada automática ou 'natural', mas sim o resultado de atos contínuos e deliberados de "alimentação" realizados por seus donos/pais". (Howard 1991:50). Este comentário poderia perfeitamente ser aplicado às crianças Kaxinawá. Seu trabalho, como a discussão de Lea sobre a atribuição de nomes entre os Mebengokre, está inteiramente relacionada àquilo que é adicionado ao corpo ou à sua superfície, e não ao que existe interiormente nem ao relacionamento entre o exterior e o interior. Assim, ela mostra que o uso de adornos de penas, ao mesmo tempo em que "socializa" a natureza, também "transforma o indivíduo 'natural', despido, em um ator genuinamente 'social'". Howard tem algumas óbvias reservas a respeito da descrição do corpo despido como natural, pois

utiliza aspas nesta palavra. Contudo, como ela, no restante do artigo, trata o corpo como se este fosse, de alguma forma, uma entidade natural ou biológica 'para ser socializado', e como, ao final do trabalho, está de pleno acordo com a clara declaração de Turner que diz que a. "superfície do corpo, como fronteira comum da sociedade, do indivíduo social e do indivíduo psico-biológico, é o palco simbólico onde se representa o drama da socialização...", tirada da obra 'The Social Skin' (Turner 1980), incluí sua análise juntamente com a dele.

[4] Vanessa Lea, que trabalhou entre os Kayapó (que se auto-denominam Mebengokre) ataca o uso do dualismo ocidental na análise de Turner. Ela concentra-se particularmente no conjunto de dicotomias público/privado // homem/mulher // doméstico/social-jurídico-cerimonial // periferia / centro da aldeia, comuns na análise do uso do espaço e do conceito de sociedade dos Kayapós (e dos Gê em geral). Sua crítica preocupa-se em mostrar como as mulheres são parte essencial da transmissão de nomes que são o capital simbólicos das 'Casas' (como definido por Lévi-Strauss, 1984:190). Os nomes são transmitidos em grandes cerimônias públicas, o que leva Lea a achar que as mulheres não podem ser somente enquadradas no mero domínio doméstico. Os nomes são transmitidos pelo que Lea chama de 'ideologia uterina', mas ela deixa claro que isso baseia-se nas Casas abstratas e não nos indivíduos (1992:131). Como outros antropólogos dos Gê, ela acha que o dualismo está por toda parte entre eles, e que este dualismo encontra sua expressão na oposição entre nome (social) e corpo (substância). Sua crítica consiste em mostrar como as mulheres não estão meramente confinadas ao domínio da substância, mas também operam no domínio social que ela diz transcender o material. Lea afirma que é 'contraproducente' concentrar-se em concepção e substância já que "para os Mebengokre a essência de uma pessoa não reside na substância orgânica mas nos seus nomes e prerrogativas - é isso que resta quando tudo o mais já tiver ido embora" (1992:148). Viveiros de Castro comenta que a etnografia no caso dos Gê é convincente, já havendo tantos etnógrafos feito observações semelhantes. Contudo, até termos um trabalho que elabore com um maior cuidado crítico o que o domínio da 'substância' significa entre os Gê, devemos continuar sem saber ao certo quais das abordagens à antropologia dos Gê conta toda a história.

[5] Com exceção de Taussig (1986) que, apesar de conter passagens etnográficas a respeito de sistemas médicos, xamanismo e processos de cura, é melhor descrito como um estudo dos processos simbólicos que envolvem e constróem as relações de poder.

[6] Aqui segue-se explicitamente Augé (1984) e um modelo de análise criado por Sindzingre e Zémpleni (1981) que enfatizam que o diagnóstico é geralmente um processo de descoberta que passa por diferentes níveis de causalidade. Assim, é provável que se busque, no processo de diagnóstico e tratamento, uma causa instrumental, eficaz e definitiva, que corresponde ao 'como, quem e por quê' da doença – como ela aconteceu, quem a causou e a que veio. O perigo desta abordagem é que causas instrumentais tendem a ser relegadas ao domínio da matéria, e causas definitivas, ao do espírito. É provável, então, que se considere o corpo simplesmente como um recipiente material ou biológico do espírito.

[7] A pesquisa foi realizada entre 1983 e 1991, inicialmente como dois anos de observação participativa para uma tese de doutorado, e posteriormente em dois projetos de continuidade. O segundo destes teve o propósito específico de investigar a relação entre formas ocidentais de intervenção médica e práticas e discurso kaxinawá sobre doença e cura. Entre 1983 e 1985, a pesquisa foi realizada em uma comunidade no Rio Purús, no Brasil, embora tenham sido feitas visitas de vários meses a outras áreas kaxinawá no Peru e no Brasil. Em 1990-1991, a pesquisa incluiu ainda Rio Branco, capital do estado do Acre, onde viviam pacientes Kaxinawá em tratamento médico, seus parentes, chefes políticos e estudantes em treinamento nesta cidade. Além de observação e participação (a antropóloga inevitavelmente foi envolvida nos cuidados aos pacientes), durante este

projeto foi dada ênfase especial a entrevistas informais gravadas, das quais apresento excertos no curso da discussão neste artigo.

[8] Eu utilizo o termo 'branco' para me referir a povos não-indígenas sejam eles de ascendência amazônica, européia ou africana, (brasileiros ou outros) por ser esta expressão de uso comum no Acre moderno, independente da cor da pele.

[9] Ver Kensinger (1984) e McCallum (1989).

[10] Ver McCallum (1990).

[11] McCallum (1989) discute 'batismo' e 'treinamento formal' entre os Kaxinawá.

[12] McCallum (1989) discute o processo de envelhecimento e perda do vigor da juventude, mostrando como a alma do corpo cresce em tamanho e força, enquanto o vigor do corpo diminui pelo esforço físico.

[13] A entrevista foi realizada em português, exceto quando era necessário algum tipo de esclarecimento.

[14] Referências à numeração das fitas tem o objetivo de facilitar o acesso àqueles que o desejem fazer, por conta própria, no National Sound Archive, Londres.

[15] Para uma discussão a respeito da fitoterapia Kaxinawá vide Kensinger (1974). O termo *dauya* é também usado para designar um envenenador e, no uso contemporâneo, um médico.

[16] Para o canto e o mito explanatório, vide nota. 16.

[17] McCallum (1989) traz maiores detalhes sobre estas restrições.

[18] O mito é assim: No passado, as mulheres não sabiam como dar à luz. Quando chegava a hora do parto, a grávida chamava os *Incas*, que cortavam sua barriga, matando a mãe para que a criança nascesse. Os *Incas* então comiam as mães. Uma rata ensinou às mulheres as plantas medicinais que ajudavam no parto – *xuya jina* 'Rabo de Rato' e outras. A rata parteira também ensonou as orações que se devia dizer durante a aplicação do medicamento na barriga e na boca da mãe. Estas orações são usadas ainda hoje:

Isku pui, isku pui,	Isku fezes de pássaro
Nedun nedun kaini,	Nasça nesta direção,
Min bachi chuka menuikiki,	Sua roupa velha está queimando,
Mena, kaindive!	Ligeiro, nasça!

Durante o parto, a parteira ensinou à mulher para ter pressa porque 'os *Incas* estavam chegando'. A parteira incentivava a mulher a não 'ter pena' da sua vagina e fazer força. A criança nascia e a parteira exclamava que ela tinha saído da vagina. O bebê era lavado em água morna enquanto se entoava um canto e suas sobrancelhas eram cortadas. Quando os *Incas* chegavam, se oferecia a eles o sangue coagulado e a placenta, que comiam com bananas verdes. Eles ficavam tão contentes que lambiam os dedos para sentir para sentir o gosto do sangue até o fim. (Alcina e Zé Augusto, Fita 12). Vide ainda D'Ans (1991) para outra versão do mesmo mito. Siskind (1973) conta um mito semelhante para os Sharanahua, e Brown para os Aguaruna.

[19] Não consegui descobrir se esta prática ainda é comum. Pela reação de diversos informantes, desconfio que tenha sido abandonada. Quando a criança está sendo lavada, é possível que se entoe um canto chamado *chidin*, que se refere à porção da criança, com o objetivo de fazê-la chorar.

[20] Vide Montagner (1991) para uma descrição de usos semelhantes de plantas medicinais entre os Marubo.

[21] Chaumeil levanta uma questão semelhante a respeito do conhecimento dos xamãs Yagua, acumulado em um processo de 'auto-iniciação' onde cada xamã aprende ao seu modo. O iniciado é ensinado 'a ver' através do uso das plantas alucinógenas, mas em um estágio posterior, o xamã 'sabe' como ver sem intermediários.

[22] A primeira visita de Kensinger aos Kaxinawá peruanos foi no início dos anos 60. No total, ele passou 11 anos em campo. Suas numerosas publicações trazem uma análise pioneira de tópicos como estrutura social, parentesco e casamento; doença e cura; uso de alucinógenos e processo político, entre outros.

[23] Kensinger (1974) e (1991), McCallum (1989).

[24] A relação entre o corpo e o meio ambiente também possui um 'destino', como o tem a alma do olho, e este destino está ligada à situação física da pele. Muitos Kaxinawá dizem que quando uma pessoa morre, o espírito do corpo voa para a floresta que agora cobre o local do seu nascimento (e, presumivelmente, de sua concepção ou 'geração', para usar um termo de Zeca), retornando ao local onde iniciou sua existência para ingressar mais uma vez num estado sem memória – anterior à concepção e ao conhecimento. Que este espírito voe somente após a pele ter apodrecido (ou ter sido comida) não é de surpreender, já que este espírito é o aspecto material da pele. Um mito que reconta a origem do remédio – *Bixku Chamini* – parece explorar o relacionamento entre o conhecimento da pele e a floresta. Bixku era um homem que estava tão coberto de furúnculos (*chamini*) que sua pele tinha praticamente desintegrado. Ele havia sido abandonado pela sua pele. Um pássaro da floresta o tratou com plantas medicinais e ele recuperou-se. Foi assim, contam os Kaxinawá, que eles aprenderam sobre estes remédios da pele.

[25] No caso de outros povos Amazônicos, os antropólogos acham que é inadequado pensar em termos de uma oposição mente/corpo (cf. Overing, 1988). Em alguns destes casos, 'pensar' parece centrar-se no coração e nos pulmões (também associados à alma). Entre os Airo-Pai do norte da Amazônia peruana, por exemplo: "O conceito indígena de 'pensamento' exclui a possibilidade de solipsismo mental. O Airo-Pai 'pensante' nunca poderia ser uma mente isolada... "Pensar" é uma ação social e é ela que permite à pessoa participar de relações sociais produtivas: produzir e gozar a comida, os objetos e os filhos" (Belaunde: 1992:94). O 'centro de pensamento' dos Airo-Pai tem múltiplos aspectos e evolui à medida que a pessoa envelhece e morre. Um aspecto situa-se no olho, mas normalmente está no peito. O termo Airo-Pai para 'centrode pensamentos' é traduzido por eles como 'coração' e também como 'alma' (Espanhol: *corazón* e *alma*, respectivamente). Assim como o 'corpo que sabe' dos Kaxinawá, o corpo dos Airo-Pai pensa tanto em função das relações sociais no mundo dos vivos, como através da ação de uma 'alma' incorporada.

[26] Nas terras baixas sul-americanas, a noção de indivíduo freqüentemente inclui a idéia de que as pessoas possuem almas duplas ou múltiplas. Muitas vezes estas almas correspondem à alma do corpo e à alma do olho. Vide, por exemplo, Brown (1986) sobre os Aguaruna; Gow (1991) sobre os Piro; Viveiros de Castro (1992) sobre os Araweté.

[27] Vide, por exemplo, Townsley (1988) sobre os Yaminahua e Siskind (1973) sobre os Sharanahua.

[28] Os Araweté também usam o mesmo termo para 'dor' e doença, e estabelecem uma diferença entre etiologia da doença e causa da morte (Viveiros de Castro, 1992).

[29] Esta é uma tradução de partes do canto, que consiste, em sua maior parte, de metáforas vocativas do espírito do olho que tenta se libertar. No próximo canto para uma mulher, o espírito do olho é invocado pelo nome de "Raiz de Algodão" ou "Besouro Jaguar Inca", como uma tentativa de

transformá-lo, de besouro, em espírito do olho outra vez. A voz do cantador é descrita em metáforas como o rabo da arara Inca. Assim:

Xaku patxa patxa yuxibu, ooo ooooo,
Mia jau ken wabi min dakaken,
Juve. Juve.
Samumanii iiii, Jaukea tsatsani min dakaken eeee,
Tsatsa kapetanvanin min dakaken,
Tsatsa txankexevani min dakaken,
Nukun deve tanakin itana bidanve,
Nukun jui tanakin tanabidanve,
Juve. Juve, Samuman.
Inu Inka Samuman,
Juve. Juve, Samuman.
Xapu tacha kain kainyuve,
Juve. Juve, Samuman.
Inka Xanvan jinadi tanabidanve.
Inka isku jinadi, tanabidanve.
Nukun jui tanakin, tanabidanve.
Nukun deve tanakin, tanabidanve.
Xapu tacha kain kainyuve.
Ao final, a mulher é chamada por seu nome - *moiety*.

[30] 'Canto de mandar embora' ou *Nitxinti*:

Inka ainvantave.	Vá e case com uma mulher Inca
Inka ainvantave.	Vá e case com uma mulher Inca
Ana nenu unumen,	Não (venha?) mais aqui
Kaibi katanve.	Vá e volte
Inka naman katanven.	Vá e volte para os Incas
Jabun kai kayei.	Eles estão indo
Jabu kai katanu	Vá e volte com quando eles forem
Inka naman katanu.	Vá e volte para os Incas

[31] Vide McCallum nota 1.

[32] Neste contexto, podemos entender os Nawa como análogos aos Incas míticos que, na cosmologia Kaxinawá anterior ao contato com os brancos, eram os responsáveis por buscar os mortos e levá-los para o pós-vida.

[33] Este tipo de detalhe pode ser usado em uma abordagem fenomenológica, atualmente em voga em estudos antropológicos sobre o corpo, onde categorias tais como 'experiências subjetivas' e 'incorporação' são o centro das análises. Os dados a respeito destas 'experiências de quase-morte' podem ser usados para elucidar as relações entre 'cultura' (caracterizada talvez como 'hábitos' ou como um corpo – herdado, porém em desenvolvimento – de valores, conceitos e crenças) e experiência pessoal e sua auto-explicação. Claramente, como no caso das três mortes de Sueiro, a análise 'cultural' é um precursor indispensável para uma análise mais estritamente fenomenológica. Não tentei, neste artigo, uma abordagem fenomenológica embora seu valor esteja implicitamente reconhecido. Em vez disso, se a etnografia prende a atenção dos fenomenologistas, é porque eles podem ver uma fenomenologia expressamente nativa nesta interpretação da epistemologia Kaxinawá.

[34] Sobre o uso de 'ayahuasca' pelos Kaxinawá, vide Kensinger (1973). As visões da alma do olho ou da alma do sonho quando o corpo está sob a influência de alucinógenos é um importante

canal de conhecimento para muitos povos nesta região (Harner, 1973). A iniciação xamânica dos Yagua, por exemplo, baseia-se neste conhecimento. Quando um xamã pode 'ver' a natureza das coisas além das aparências cotidianas e enganadoras, sem a ajuda das plantas 'mães', diz-se que ele pode ver usando apenas seus 'pensamentos'. Somente quando ele puder ver é que diz-se que ele 'sabe' e, como conseqüência, 'agir'. O conhecimento, também no caso dos Yagua, é uma condição do corpo (Chaumenil, 1983:312). Para os Aguaruna, "o processo de aprendizado consiste de uma integração contínua do conhecimento prático com a visão" (Brown, 1986:49). Os alucinógenos têm um papel importante nesta consolidação, parecendo que funcionam no sentido de colocar 'pensamentos' corretos no corpo. Brown comenta que "Não basta conhecer os fatos; é preciso aprender a pensar bem unindo o corpo, as emoções e o intelecto no contexto epifânico das experiências visionárias" (1986:49). Os Aguaruna acham que os jovens que tiveram educação escolar mas nunca experimentaram alucinógenos têm tendência a comportamentos anti-sociais (brigas, suicídios, excesso de aventuras sexuais). Na verdade, eles não 'sabem'.

[35] Vide Capistrano de Abreu (1914) e Lagrou (1991) sobre maiores detalhes a este respeito.

[36] A cura xamânica separa subst6ancias de encantamento do corpo ou anula seus efeitos, como é comum em outras áreas desta região etnográfica. Uma forma comum de se explicar doenças graves, incuráveis, nas terras baixas sul-americanas, é dizendo que a doença é a penetração de um ser em outro (um espírito ou um feiticeiro), seja na forma de um objeto material visto como uma extensão do invasor, seja como uma entidade (Chaumeil, 1983; Siskind, 1973; Gregor, 1977; Langdon, 1991). Esta doença pode ser ligada ao corpo da vítima quando ela temum contato não protegido com o domínio, plantas ou 'animais domésticos' do espírito. Em uma forma, o agressor (geralmente um espírito neste caso) faz com que a vítima perca sua alma. Às vezes este é um ato de canibalismo, com entre os Yanomami (Lizot, 1985) e os Waiãpi (Gallois, 1991). Assim a cura é sugar o objeto invasor para fora do corpo ou fazer com que ele saia através de cantos, no primeiro caso, ou localizar e trazer de volta a alma viajante, no último. Kensinger (1974) e Lagrou (1991) discutem o xamanismo e a cura pelas plantas entre os Kaxinawá. Um xamã Kaxinawá (*mukaya* ou *yuxian*), através de seu espírito interno, sente os nós do feitiço no corpo - também chamado *dau* - e os chupa para fora. Neste caso, o *dau*, embora visível e palpável pode ser descrito como *yuxin*, espírito.